مكتب الإنماء الاجتماعي
الحلقَـة النقاشيّـة الثامنة
معاً.. حياتنا تشرق

مكتب الإنماء الاجتماعي

الحلقة النقاشية الثامنة

« اضطراب الضغوط التالية للصدمة- الخبرة الكويتية في التشخيص والعلاج »

خلال الفترة من ٢٨-٣٠ ديسمبر ١٩٩٦م

معاً.. حياتنا تشرق

فهرسة مكتبة الكويت الوطنية أثناء النشر

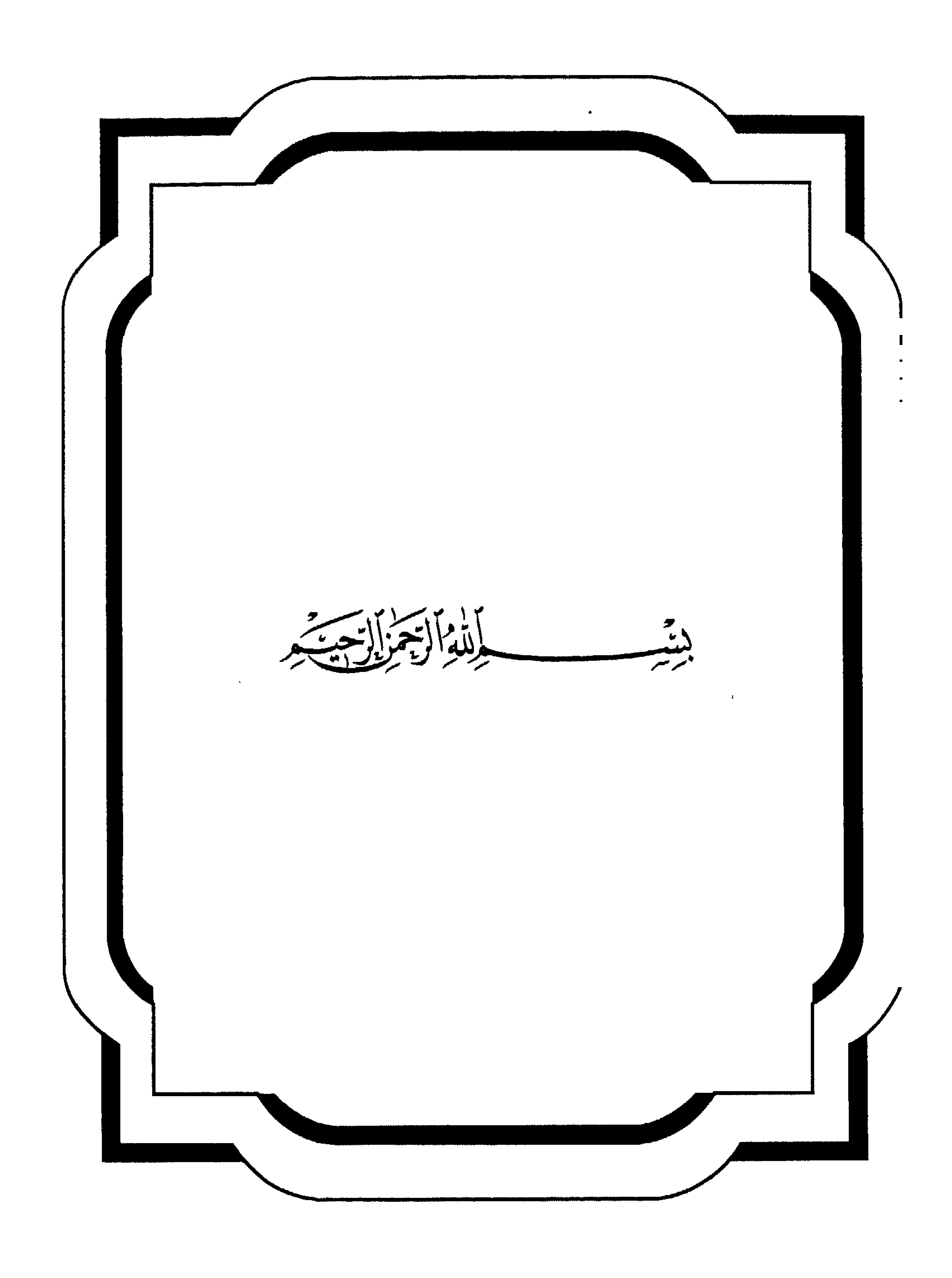
اضطرابات الضغوط التالية للصدمة . . . الخبرة الكويتية في التشخيص والعلاج :
الحلقة النقاشية الثامنة (١٣-١٥/ ١٢/ ١٩٩٦) إعداد مكتب الإنماء الاجتماعي – الديوان
الأميري – دولة الكويت : مكتب الإنماء الاجتماعي ، ٢٠٠٠

٢٥٠ ص ، ٢٤X١٧سم
ردمـــك : ٨-٠٨-٣٣-٩٩٩٠٦

١ – الكويت – الاحتلال العراقي ٢ – الآثارالنفسية .
٣–الصدمة النفسية . ٤ – الجيش الكويتي .
٥ – الإرشاد النفسي . ٦ – العلاج النفسي .

ديوي ١٥٧

ردمـــك : ٨-٠٨-٣٣-٩٩٩٠٦


بسم الله الرحمن الرحيم



صاحب السمو الشيخ جابر الأحمد الجابر الصباح

أمير البلاد



سمو الشيخ سعد العبد الله السالم الصباح

ولي العهد رئيس مجلس الوزراء

المحتويات

صفحة

● الكلمة الافتتاحية

- الأستاذ الدكتور / بشير صالح الرشيدي رئيس مجلس الأمناء مكتب الإنماء الاجتماعي - الديوان الأميري 11-13

● الجلسة الأولى:

1- التأصيل الإسلامي للإرشاد والعلاج النفسي لاضطرابات ما بعد الصدمة ......(أ . د . كمال مرسي) 17-43

● الجلسة الثانية:

2- التأريخ الأسري في تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (د . عبد الله الحمادي) 47-59

● المناقشة والتعقيب 61-68

● الجلسة الثالثة:

3- العلاج بالواقع للمسترشد المسلم ....(د . نورية الخرافي) 71-84

● الجلسة الرابعة:

4- أهم طرق التشخيص وأساليب علاج حالات اضطراب الضغوط «من واقع الخبرة الإكلينيكية» ....(د . كاظم أبل) 87-99

● المناقشة والتعقيب 101-107

المحتويات

صفحة

● الجلسة الخامسة:

5- اضطراب ما بعد الصدمة وما يلازمه من أعراض نفسية بين أفراد من القوات المسلحة الكويتيين .... (أ . فوزية التركيت) 111-116

● الجلسة السادسة:

6- تطبيق نموذج *Eagen* في الإرشاد (حالة عملية) .... (د . بدر بورسلي) 119-122

● الجلسة السابعة:

7- بناء مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة في المجتمع الكويتي .... (د . جاسم الخواجة) 125-132

● المناقشة والتعقيب 133-136

● الجلسة الثامنة:

8 - التأصيل الإسلامي للإرشاد والعلاج النفسي لاضطرابات ما بعد الصدمة ، خبرات المعالجين بالقرآن الكريم مع الحالات الكويتية لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة .... (أ . طلال الديحاني) 139-160 161-167

● الجلسة الختامية 171-173

توصيات الحلقة النقاشية

الكلمة الافتتاحية

الأستاذ الدكتور / بشير صالح الرشيدي

رئيس مجلس الأمناء - مكتب الإنماء الاجتماعي - الديوان الأميري

يطيب لي في بداية كلمتي أن أرحّب بكم في هذا الملتقَى العلميِّ ، الذي ينظّمهُ مكتبُ الإنماء الاجتماعي بالديوان الأميريّ ، حيث يأتي هذا المتلقى علامةً مضيئةً على طريق تحقيق رسالة المكتب لتجميع الجهود وحشْد الإمكانيات العلميّة والفنّية والماديّة للعملَ على مُعالجة الآثار النفسيَّةَ والاجتماعيّة والتربوية ، التي خلّفها العدوانُ العراقيُّ الغاشم على دولة الكويت ، كما أن هذا الملتقى العلمي الطيب يأتي في سياق تأكيد الإصرار على إعادة تأهيل الإنسان الكويتي ليُصبح آمناً مطمئنَّ النَفْس ، يمارسُ دورَهُ الطبيعيَّ في إنماء مجتمعه ووَطنه وإكمال مسيرة البناء فيه .

إنّ الأوطانَ في عالَمنا المعاصر لا تتقدم إلاّ بالبحث العلْميِّ الجَادِّ ، الذي يتفاعل مع قضايا المجتمع ولا شك أنّ أية جهودٍ لا تقومُ على أسَاس علمي لا تخرجُ عن كَوْنها عملاً عشوائياً غيرَ مأمُون العواقب أو مضمون النتائج ، كما أن الجهود العلمية التي لا تتفاعل مع قضايا المجتمع لا تحقق الغاية الأساسية من العلم بحيث يكون نافعاً للناس .

ولقد أُنشئ مكتبُ الإنماء الاجْتماعي بالديوان الأميري ، بمبادرة أميريّة سامية أرادَتْ له أنْ يكونَ صَرْحاً علمياً فاعلاً لرصد ومحاصرة الآثار التي خلفها العدوان العراقي على دولة الكويت ، وذلك اعتماداً على أحدث التطبيقات العلمية التي تناسب المجتمع الكويتي كمجتمع عربي مسلم ، عاش أزمة تجسدت فيها كافة أبعاد الصدمة على المستوى النفسي والتربوي والاجتماعي .

لقد حَرصَ مكتبُ الإنماء الاجتماعي منذ إنشائه - بالمرسومِ الأميري في ٢١ من

إبريل ١٩٩٢ - على إعداد الدراسات العلمية والبحوث الميدانية ، إيماناً بدور العلمَ والبَحْث العلْميَ في علاج وتأهيل وإنماء الذّات الكَويتيَة ابتغاءَ التوصّل إلى مُستقبلٍ أفضلَ للمواطن الكويتي ، والأسرة الكويتيةً والمجتمع الكويتي بوجه عام ، ولكي يكونَ دورُ مكتب الإنماء الاجتماعي ، مجسداً للرسالة المنوطة به ، فإنه يعمل جنباً إلى جنب مع مؤسسات المجتمع وهيئاته ، ومراكز البحوث الدولية ، في تعاون وتواصل علمي ، يحقّق طموحاتنا لإيجادً المناخ النفسي والاجتماعي الآمن والذي يسودُهُ الشعورُ بالاستقرار والوئام ، حيث يأتي ذلك في مقدمة أولويات الدولة والمجتمع في سياق تنمية الثروة البشرية والنهوض بها والاستثمار فيها ، حتى تنطلقَ قدراتُ المجتمع الإنتاجية ، وينظر الجميعُ - على هذه الأرض الطيبة - إلى المستقبل نظرةً ملؤُها الثقةُ والأمَلُ .

ولقد أرْسى مكتب الإنماء الاجتماعي قواعده وركائزَ العمل فيه ، راسخةً قويةً ، وحقق العديدَ من الإنجازات ، واضحة جليّة - وإنه يواصلُ اليوم حلقَته النقَاشيّةَ الثامنة ، التي تنهجُ نهجاً تطبيقيّاً يربطُ الواقعَ العَملي بالأطُر العلميّة في مجال تشخيص وعلاجِ الصدمات الناجمة عن الأزمات . . . ولقد جاءَ النهج من منَطلق أن تطوير البحوث العلمية ينبغي أن يستندَ إلى وعي وفهم صائب للواقع المُجتمعي ، وما يتمخضُ عنه من خبرات علمية وممارسات واقعية تظهر من خلالها التحديات والفرص . فالتقدمُ العلمي ليس نتاجَ تدريب المتخصصين فحسب ، ولكنه يعتمد أيضاً على جني ثمار الخبرات العلميّة المتجدّدة ، بذلك يصبحُ من المأمول أنَ تزدهَر الإنتاجيةُ العلميّة ، وتُوجَّهُ توجيهاً مجتمعيّاً فعّالاً بما يثري أنشطة مكتب الإنماء الاجتماعي ، ويدفعها قدماً إلى الأمام .

واستشرافاً لغد أفضل وعمل متميز ، فقدْ أعدَّ مكتبُ الإنماء الاجتماعي استراتيجيةً للعمل ، تنطلق من أهدَافه ورسالته التي تعمل في اتجاه إنماء الشخصية الكَويتية ، وتستند تلك الاستراتيجية إلى مجموعة من الأسس تتضمن دعم وإجراء البحوث العلمية المعنية بآثار العدوان العراقي ، مع توظيف نتائج هذه البحوث فيما تقدمه من خدمات متخصصة .

من هذا المنطلق - أيها الجمع الكريم - جاءت الدعوة لإقامة هذه الحلقة النقاشية - لتكون مساهمتكم إحدى اللبنات الأساسية لإنجاح الجهود المبذولة لمعالجة الآثار النفسية والاجتماعية والتي يعاني منها الشعب الكويتي نتيجة محنة العدوان العراقي الغاشم .

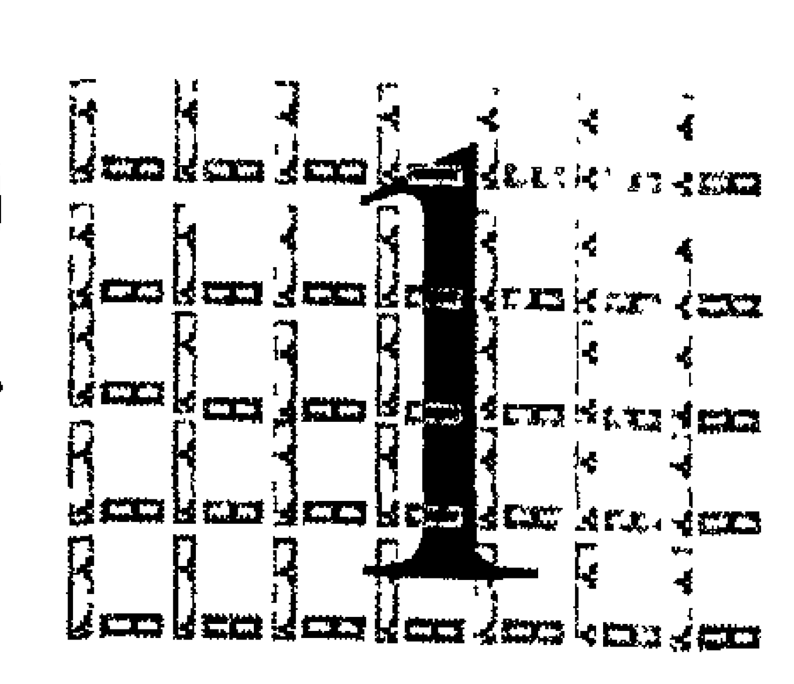
ونأمل أن تكون هذه الحلقة فاتحةَ خير لإثراء أنشطة مكتب الإنماء الاجتماعي ، وأن تسفر هذه الحلقة عن نتائج وأفكار علمية تمثل نقلة طموحة في مجال البحوث والدراسات ذات الطابع المميز ، والذي يتسم بالتركيز على الجوانب التطبيقية ، وإرساء وتعميق الخبرات العلمية والمعرفية في مجال اهتمامات المكتب ورسالته الإنسانية . .

وفي ختام القول . . لا يسعني في هذه المناسبة إلاّ أن أتوجه بالاعتزاز والتقدير العميق إلى حضرة صاحب السمو أمير البلاد وسموّ ولي العهد رئيس مجلس الوزراء ، حفظهما الله ، ورعاهما ، على ما يقدمانه من دعم لتحقيق أهداف مكتبِ الإنماء الاجتماعي وتأصيل الدورِ العَلمي والإنساني لرسالته .

والله أسألَ ، أن يوفقنا جميعاً للعمل لما فيه



الجلسة الأولى



التأصيل الإسلامي للإرشاد والعلاج النفسي لاضطرابات ما بعد الصدمة

رئيس الجلسة : د . حسن الموسوي

المتحدث الرئيسي : أ . د . كمال إبراهيم مرسي

البحث

مقدمة:

المتتبع لتاريخ ممارسة الإرشاد النفسي كمهنة في الكويت على مدى ٣٧ عاماً الماضية يجد أنها مرت بأربع مراحل رئيسة : امتدت المرحلة الأولى : من بداية ممارسة الإرشاد النفسي كمهنة في سنة ١٩٥٩ إلى سنة ١٩٦٦ والتى كان التركيز فيها على إرشاد المعاقين وأسرهم حيث تم تعيين اخصائي نفسي بالمؤسسات الاجتماعية (دور الرعاية) بوزارة الشؤون الاجتماعية والعمل حوالي سنة ١٩٥٩ وأخصائى نفسي بمعاهد التربية الخاصة بوزارة التربية حوالي سنة ١٩٦١ وأخصائى نفسي بمستشفى الأمراض العقلية (مستشفى الطب النفسي) بوزارة الصحة العامة سنة ١٩٦٥ .

وبدأت المرحلة الثانية من سنة ١٩٦٦ وامتدت إلى سنة ١٩٧٨ واتسمت بتوسيع خدمات الإرشاد النفسي لتشمل إرشاد طلبة مدارس التعليم العام المتعثرين دراسيا وأصحاب المشكلات السلوكية .

أما المرحلة الثالثة فكانت من سنة ١٩٧٨ إلى ١٩٩١ والتي تم فيها إدخال الإرشاد النفسي (الإرشاد التربوي) في مدارس المقررات ، بهدف مساعدة الطلبة على اختيار التشعيب المناسب ، وبرز في

هذه المرحلة إسهام القطاع الأهلي في تقديم الخدمات الإرشادية حيث أخذت مكاتب الاستشارات والبحوث الخاصة في تقديم الإرشاد والعلاج النفسي للحالات المأزومة بسبب الاضطرابات النفسية والمشكلات الزواجية والأسرية وغيرها .

وبدأت المرحلة الرابعة من سنة ١٩٩١ إلى الآن ، ويبرز فيها الاهتمام بعلاج الاضطرابات النفسية الناتجة عن صدمة العدوان العراقي على دولة الكويت ، فأنشأ الديوان الأميري مكتب الإنماء الاجتماعي بهدف إرشاد وعلاج اضطرابات ما بعد الصدمة أو الأزمة (PTSD) Post trau- matic Stress Disorders وأنشأت وزارة الصحة العامة مركز الرقعي التخصصي لنفس الغرض .

وقد اتسمت كل مرحلة من هذه المراحل الأربع بخصائص أخرى غير التي ذكرناها ، لكننا آثرنا ذكر الخاصية البارزة في كل مرحلة ، حتى لا يتشعب بنا الموضوع الأساسي لهذا البحث ، وهو التأصيل الإسلامي للإرشاد والعلاج النفسي لاضطرابات ما بعد الصدمة في الكويت .

أهمية البحث:

تأتي أهمية هذا البحث من ناحيتين :

الناحية الأولى : ما أشارت إليه الدراسات في علم النفس الإرشادي عبر الحضارات Cross-Cultural Coun- seling من عدم ملاءمة نظريات الإرشاد النفسي الأمريكي واستراتيجياتها وتكنيكاتها في إرشاد الأقليات في المجتمع الأمريكي ، لأنها – أي هذه النظريات – تقوم على مبادئ ،وتتبنى تصورات وفلسفات لا تناسب الأمريكيين الذين ينحدرون من أصول وسلالات وثقافات تختلف فيها فلسفة الحياة والمعتقدات عن فلسفة الحياة والمعتقدات في الثقافة الغربية . ودعا كثير من علماء الإرشاد والعلاج النفسي إلى ضرورة تنمية نظريات واستراتيجيات وتكنيكات جديدة في إرشاد هذه الأقليات تناسب ثقافة كل منها ومعتقدات وفلسفة الحياة فيها (Sue & Sue, 1990 Parsons & Wicko, 1994) حتى ترتبط ممارسة الإرشاد والعلاج بثقافة كل فئة ومعتقداتها ونظرتها إلى الحياة ومن ثم فان على المرشد أن يكون واعياً بخصوصيات

ثقافة المسترشد حتى يرشده ويعالجه من إطارها (باتريسون ، ١٩٩٠) (Sue, 1992) .

الناحية الثانية : اهتمام العاملين في الإرشاد والعلاج النفسي في الكويت بتعلم نظريات الإرشاد النفسي الأمريكي والتدرب على استراتيجياتها وتكنيكاتها أكثر من اهتماماتهم بتعلم ثقافة المسترشدين ومعتقداتهم وعاداتهم وتقاليدهم ، ومن تبني نظرة الإسلام إلى طبيعة الإنسان والغاية من خلق الإنسان في هذه الحياة ، مما جعل ممارسة الإرشاد والعلاج النفسي في الكويت بعامة وفي اضطرابات ما بعد الصدمة بخاصة يسير على النموذج الأمريكي في التشخيص والتفسير والعلاج والتنمية والوقاية .

وقد ساعد على ترسيخ هذه الممارسة تتلمذ العاملين في الإرشاد والعلاج النفسي لاضطرابات ما بعد الصدمة على أيدي أساتذة الإرشاد الأمريكيين ، أو على أيدي من تتلمذوا عليهم من أساتذة علم النفس العرب ، حتى غدا مفهوم المرشد أو المعالج الجيد في الكويت هو من تعلم نظريات الإرشاد والعلاج النفسي الأمريكي وتدرب على استراتيجياتها وتكنيكاتها ، دون اهتمام كبير بإعداده العلمي في مجال الثقافة الكويتية العربية الإسلامية وبما تدعو إليه في تنمية الصحة النفسية والوقاية من الانحرافات وعلاج الاضطرابات .

ويعتقد الباحث أن هذه النظرة إلى المرشد أو المعالج في الكويت ليست جيدة في ضوء ما أشارت إليه الدراسات في علم النفس الإرشادي عبر الثقافات أو الإرشاد النفسي في الثقافات المتنوعة Counseling multi - cultural Hansen, et al, 1994, Sue, 1990) لأن المرشد الذي تعلم النموذج الأمريكي في الإرشاد والعلاج النفسي بدون أن يمتلك ناصية العلم بثقافة المجتمع الكويتي العربية الإسلامية سوف يجد صعوبة في فهم شخصية الكويتي وفي تفسير ردود أفعاله للصدمات ، وقد لا يوفق كثيراً في انتقاء الاستراتيجيات والتكنيكات المناسبة لإرشاده وعلاج اضطراباته ، وقد يخطئ في الاستدلال على علامات الصحة النفسية والوهن النفسي ، إذا طبق عليه

معايير السواء والانحراف في الثقافة الغربية التي نشأ فيها النموذج الأمريكي ، والذي تعلمه واستوعب نظرياته .

من هنا تأتي الحاجة إلى التأصيل الإسلامي للإرشاد والعلاج النفسي للاضطرابات الناتجة عن الصدمة أو التأزم النفسي في المجتمع الكويتي (مرسي ، ١٩٩٠) .

والبحث الحالي هو المحاولة الثالثة للباحث في تأصيل الإرشاد والعلاج النفسي وربطه بجذوره الإسلامية والإسهام في تنمية علم النفس الإرشادي المناسب للمجتمعات العربية الإسلامية . فقد كانت المحاولة الأولى بعنوان الإرشاد والتوجيه : فلسفته وأخلاقياته في المجتمعات الإسلامية (مرسي ، والرشيدي ، ١٩٨٤) والمحاولة الثانية كانت بعنوان «التأصيل الإسلامي للإرشاد النفسي لآباء الأطفال المتخلفين عقلياً» (مرسي ،١٩٩٥) .

أهداف البحث:

يهدف هذا البحث إلى التعريف بأهداف التأصيل الإسلامي للإرشاد والعلاج النفسي لاضطرابات ما بعد الصدمة في الكويت ، وتحديد جذوره في الثقافة الإسلامية ودوره في إثراء علم النفس الإرشادي ، وربطه بثقافة المجتمع الكويتي ، وجعل ممارسة الإرشاد والعلاج النفسي في الكويت أكثر كفاءة في تنمية الصحة النفسية لمن يعاني منهم من انحرافات نفسية بعامة ومن يعاني من اضطرابات ما بعد الصدمة (PTSD) بخاصة . ولتحقيق هذه الأهداف نناقش في هذا التقرير تعريف التأصيل الإسلامي للإرشاد والعلاج النفسي وأهدافه وجذوره في الثقافة الإسلامية ، والضرورة العلمية لهذا التأصيل ، والتي تكمن في الفروق بين الثقافتين : الغربية التي نشأت فيها نماذج الإرشاد الأمريكية ، والإسلامية التي تُنقل إليها هذه النماذج ، وأخيراً الخلاصة والتوصيات .

التأصيل الإسلامي للإرشاد:

يقصد بالتأصيل الإسلامي للإرشاد النفسي تأسيس علم نفس إرشادي في المجتمعات الإسلامية على أسس ومنطلقات وممارسات إسلامية تجعل الإرشاد والعلاج النفسي أكثر كفاءة في تنمية الصحة النفسية

عند المسلمين وفي وقايتهم من الانحراف وعلاج انحرافاتهم ومساعدة المأزومين على استعادة صحتهم النفسية . وتتلخص أهداف التأصيل الإسلامي - كما أشار إليها الباحث في دراسته السابقة - في الآتي :

١- ربط علم النفس الإرشادي بالإسلام .

٢- تبني التصور الإسلامي لطبيعة الإنسان وغاياته وأهدافه في الحياة الدنيا والحياة الآخرة .

٣- الالتزام بتوجيه الوعي في الإرشاد وعدم تعطيل العقل .

٤- الاستفادة من المعارف النفسية في القرآن والسنة ،وما خلفه علماء المسلمين من تراث علمي في الإرشاد النفسي للمسلمين .

٥- تمحيص نظريات الإرشاد النفسي الحديثة ، وأخذ ما يتفق منها مع الإسلام وترك ما يعارضه .

٦- ممارسة الإرشاد والعلاج النفسي بأهداف وأساليب وأخلاقيات إسلامية . (مرسي ،١٩٨٨ ، ١٩٩٠ ، ١٩٩٥) .

وهذا يعني أن التأصيل الإسلامي للإرشاد النفسي لا يرفض نظريات الإرشاد النفسي الحديثة جملة وتفصيلاً ، ولا يقف بالإرشاد والعلاج النفسي في البلاد الإسلامية عند الاستبطان والتأمل الذاتي كما كان عند السلف في العصور الوسطى . فالتأصيل الإسلامي للإرشاد منهج في التفكير والبحث والممارسة له ضوابط علمية ، ويهدف إلى الاستفادة من نظريات علم النفس بعامة ،والإرشاد النفسي بخاصة في تزكية نفوس المسلمين وتعديل سلوكياتهم ومشاعرهم وأفكارهم في ضوء عقيدتهم وفلسفتها ومعاييرها السلوكية .

كما يهدف التأصيل إلى الغوص في أعماق التراث والوصول إلى الجذور الإسلامية لعلم النفس الإرشادي والاستفادة مما فيه من معارف نفسية في إرشاد وعلاج المأزومين أو حالات PTSD ، وهي بدون شك كثيرة سوف تسهم في إثراء علم النفس بعامة وعلم النفس الإرشادي بخاصة وتجعل ممارسة الإرشاد والعلاج النفسي لها خصائصها واستراتيجياتها وتكنيكاتها التي تميزها عن ممارسة الإرشاد والعلاج النفسي في البلاد غير الإسلامية (مرسي ، ١٩٩٥) .

الجذور الإسلامية للإرشاد والعلاج:

تمتد جذور علم النفس الإرشادي في مجالات كثيرة من أهمها خمسة مجالات هي : الحسبة والاستشارات وعلاج المصائب والأزمات والقضاء والقدر والمعارف النفسية ، في القرآن الكريم والسنة الشريفة . ونتناول هذه المجالات بشيء من التفصيل لتوضيح كيف يستفيد المرشد والمعالج النفسي منها في إرشاد وعلاج المأزومين أو الحالات التي تعاني من اضطرابات الصدمة أو الناتجة عنها PTSD في البلاد الإسلامية بعامة وفي الكويت بخاصة .

أولا : الحسبة :

في دراسة سابقة أشار الباحث (مع د . بشير الرشيدي) إلى أن الإرشاد النفسي كان فرعاً من الحسبة في الإسلام والتي كانت أمراً بمعروف وجب تركه ونهياً عن منكر ظهر فعله وإصلاحاً بين الناس . فقد كانت من مسؤوليات المحتسب مساعدة الناس على اكتساب ما ينفعهم وينميهم جسمياً ونفسياً واجتماعياً وروحياً ويحميهم من الانحراف والفساد والضلال ،وكانت الحسبة عملية تعليم وتعلم تتم في موقف مواجهة بين شخص متخصص في موضوعات الأمر والنهي والإصلاح (المحتسب) وشخص يطلبه الحسبة أو يمارس فعلا يجوز الاحتساب فيه (المحتسب عليه) ، وتنشأ بينهما علاقة إنسانية فيها تواص بالحق والصبر في أفعال تجري عليها الحسبة (المحتسب فيه) .

وتقوم الحسبة أساساً على الإقناع والرفق واللين حتى يدرك الشخص فائدة المعروف وضرر المنكر فتنشأ عنده إرادة فعل الخير وترك الشر وينمو عنده الدافع لعمل المعروف وينطفئ فيه الدافع لعمل المنكر . وهذا يعني أن العلاقة الوثيقة بين الحسبة كمفهوم شرعي والإرشاد والعلاج النفسي الحديث في الأهداف والأساليب والعلاقة بين المرشد والمسترشد وطبيعة التأثير المتبادل بينهما(مرسي والرشيدي ، ١٩٨٤) . ويعتقد الباحث أن إطلاع المرشد أو المعالج النفسي في البلاد الإسلامية بعامة وفي الكويت بخاصة على الحسبة وأهدافها وأساليبها وأخلاقيات ممارستها ،سوف يسهم في تنمية شخصيته العلمية ، ويساعده في تمحيص نظريات الإرشاد والعلاج النفسي الحديثة وفي انتقاء

الاستراتيجيات والتكنيكات المناسبة في إرشاد المسلمين وعلاجهم .

ثانياً : الاستشارات :

لا يوجد فرق كبير بين مفهومي الاستشارة النفسية والإرشاد النفسي ، فكلاهما يهدف إلى مساعدة الإنسان على حل مشكلاته واكتساب المهارات والخبرات التي تصقل شخصيته ،وتحسن توافقه مع نفسه ومع مجتمعه ،وتتم الاستشارة عادة بين مستشار قادر على تقديم المشورة ومستشير يطلب هذه المشورة (زهران ، ١٩٨٠ وطاهر ، ١٩٩١) والاستشارة بهذا المعنى كانت موضع اهتمام علماء المسلمين الذين اعتبروها من الأمور التعبدية التي يُؤْجَر عليها المستشار والمستشير معا ، وكتبوا فيها المقالات ،وأعدوا لها المستشارين أو الاختصاصيين القادرين على تقديمها .

وممن كتبوا في الاستشارة أبو الحسن على بن محمد حبيب البصري الموردي المتوفى سنة ٤٥٠ هـ والذي تضمن كتابه أدب الدنيا والدين فصلاً بعنوان الاستشارة جاء فيه «اعلم أن من الحزم لكل ذي لب ألا يبرم أمراً ، ولا يمضي عزماً إلا بمشاورة ذي الرأي الناصح ومطالبة ذي العقل الراجح ، فإن الله تعالى أمر بها نبيه ،فقال تعالى **﴿وشاورهم في الأمر﴾** (سورة آل عمران :١٥٩) .

وقد أشار الموردي إلى خمس خصال في المستشار هي : عقل كامل مع تجربة سابقة ، ودين وتقى ، وسلامة في الفكر من فهم قاطع ، وحزم في الأمر ، وأمانة في النصيحة . فإذا اكتملت هذه الخصال في شخص كان أهلاً للمشورة (الموردي ، ١٩٨٨ : ٣٦٢) .

وقد جعل الإسلام «**الدين النصيحة**» وحث على طلبها لمن يحتاجها ، وعلى تقديمها ممن يقدر عليها . قال تعالى : **﴿واسألوا أهل الذكر إن كنتم لا تعلمون﴾** (سورة : النحل) وقال عليه الصلاة والسلام «**حق المسلم على المسلم إذا استنصحه أن ينصحه**» وقال الموردي رحمه الله «لا عذر لمن استشاره عدو أو صديق أن يكتم رأياً وقد استشير ، ولا أن يخون وقد ائتمن» . فقد روي عن عائشة أم المؤمنين رضي الله عنها أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال «**المستشير مُعَانٌ والمستشار مؤتمن**» ولا

ينبغي للمستشار أن يشير قبل أن يستشار ، لأن الرأي لا يكون مقبولاً إلا إذا كان عن رغبة وطلب ، أو كان لباعث أو سبب (الموردي ، ١٩٨٨ : ٣٦٥) ويعتقد الباحث أن وقوف المرشد أو المعالج النفسي المسلم على أهمية الاستشارة في الثقافة الإسلامية ، ووجوبها من الناحية الشرعية على المستشار والمستشير ، وأخلاقيات ممارستها في المجتمعات الإسلامية . سوف يسهم مع المعرفة بالحسبة في تنمية شخصيته العلمية والاجتماعية ، ويجعل ممارسته للإرشاد أو العلاج النفسي أكثر كفاءة في تنمية الصحة النفسية ، وفي الوقاية من الانحرافات ، وفي علاج الانحرافات بعامة وعلاج اضطرابات ما بعد الصدمة بخاصة .

ثالثاً : علاج المصائب والأزمات :

من المجالات الهامة في علم النفس الإرشادي إرشاد وعلاج المأزومين أو إرشاد وعلاج اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD . وهو مجال نما حديثاً ، وظهر علم نفس الصدمات Psychptraumatology الذي يبحث في المصائب والكوارث التي تحل بالإنسان ، ويعالج ما يتولد عنها من اضطرابات نفسية (Everly & Lating, 1995) . وموضوع المصائب أو الكوارث له جذور عميقة في الثقافة الإسلامية (ابن القيم ، ١٩٨٦ والمنيجي ، ١٩٨٦ والزميلي ، ١٩٨٨) ولا يمكن إرشاد وعلاج الاضطرابات الناتجة عنها أو الصدمات التي تحدثها عند المسلمين في معزل عن منهج الإسلام في إدارة الأزمات أو المصائب . ومن الضروري للمرشد أو المعالج النفسي (الذي يعمل في هذا المجال) الاطلاع على هذا المنهج ، والاستفادة منه في إرشاد وعلاج المتأزمين ، وتخليصهم من اضطرابات ما بعد الصدمة .

ويعتقد الباحث أن أول مرجع علمي في إدارة الأزمات وعلاج اضطرابات ما بعد الصدمة ، ألفه عبد الله بن محمد المنيجي الحنبلي في القرن الثامن الهجري ، بعنوان «تسلية أهل المصائب» تناول فيه تعريف الأزمة أو الصدمة أو المصيبة ، ومستوياتها وأعراض ما بعد الصدمة ، وأساليب علاجها والوقاية منها من الكتاب الكريم والسنة الشريفة . فقد أشار المنيجي إلى سبب تأليف هذا الكتاب ، فقال في المقدمة

«وقع طاعون في سنة ٧٧٥هـ مات فيه الألوف من الناس ، وخلت بيوت كثيرة ، ومات فيه الكثير من الصالحين والعباد ، وكان أكثر من مات من الأطفال ، حتى كان جماعة من أصحابنا ممن له عدة من الأولاد ، فلم يبق لهم ولا ولد . . . . فأحببت أن أجمع كتاباً مسلياً لقلوب المحزونين ، ومفرجاً لكرب الملوعين ، وسميته «تسلية أهل المصائب» أي تسلية لمن أصيب بمصائب الدنيا ، وما رأيت ولا سمعت أن أحداً لم يصب فيها بمصيبة . وبوبت هذا الكتاب ثلاثين باباً»(المنيجي ، ١٩٨٦ :٤و٥) . وقال في تعريف المصيبة (أو الصدمة) «أمر مكروه يحل بالإنسان أو هي كل ما يؤذي الإنسان في دينه أو نفسه أو أهله أو ولده أو ماله أو وطنه . . . . وهي أي المصيبة ملازمة لوجود الإنسان في كل زمن ومكان ، وينبغي للعبد أن لا ينكر وجودها . فالدنيا لا تخلو من المصائب»(المنيجي ، ١٩٨٦ :٩) .

وهذا التعريف للمصيبة يتفق إلى حد كبير مع تعريفات الأزمة والتأزم أو الصدمة في علم النفس الحديث بعامة (منصور ، ١٩٩٤) وعلم نفس الصدمة بخاصة (Everly & Lating, 1995) .

كما يتفق الإسلام مع علم النفس الحديث في إرشاد أهل المصائب أو الأزمات أو الصدمات إلى تقبلها ، ومساعدتهم على تحملها والصبر عليها ، ليخففوا من اضطرابات ما بعد الصدمة ، ويحموا أنفسهم من الأمراض والانحرافات . لكن لماذا نقبل المصيبة أو الأزمة أو الصدمة؟ يجيب علم النفس الحديث لأنها من لوازم الوجود ، وعلينا أن نقبلها (منصور ، ١٩٩٤) ، أما الإسلام فيجيب لأنها ابتلاء من الله في الدنيا ، ومن صبر فله الثواب ، وسوف يجعل الله له من بعد عسر يسرا . فالمصائب تصيب المسلم فيعلم أنها بإذن الله ، فيرضى ويقبل بها ، ويصبر عليها ، ويحتسب الأجر والثواب من الله (المنيجي ، ١٩٨٦) . من هاتين الإجابتين نلمس الفرق بين منهجي : علم النفس الحديث والإسلام في تناول الأزمات والصدمات ، وعلاج وإرشاد ما ينتج عنها من اضطرابات وإجراءات الوقاية منها .

فالمنهج الأول :يقوم على مدلول المصيبة أو الصدمة في الدنيا ، ويطلب من

المصاب أو المصدوم أن يقبل ويتحمل ولا شيء غير ذلك .

أما المنهج الثاني : فيقوم على مدلول المصيبة أو الصدمة في الدنيا والآخرة ، ويعطي لحدوث المصيبة معنى ، ولتحملها قيمة تسهم في تشجيع المصاب على الرضا بمصيبته ، والصبر عليها (ابن القيم ، ١٩٨٦ ، الزميلي ، ١٩٨٨) قال تعالى ﴿ **وبشر الصابرين الذين إذا أصابتهم مصيبة قالوا إنا لله وإنا إليه راجعون أولئك عليهم صلوات من ربهم ورحمة وأولئك هم المهتدون**﴾ (سورة البقرة : ١٥٥) . وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم« **ما من مسلم تصيبه مصيبة فيقول ما أمره الله به إنا لله وإنا إليه راجعون ، اللهم أجرني في مصيبتي واخلف لي خيرا منها ، إلا أجره الله في مصيبته ، وأخلف الله له خيراً منها**» (رواه مسلم) .

وعلى المرشد النفسي أن يستفيد من هذا العلاج الإلهي النبوي في إدارة الأزمات ، وفي تخفيف اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD عند المسلمين الذين يؤمنون بالابتلاء ، ويرغبون في الثواب من الله على ما أصابهم في النفس والولد والأهل والمال والوطن .

رابعاً : القضاء والقدر :

من أركان الإسلام الإيمان بالقضاء والقدر خيره وشره . فالمسلمون يؤمنون أن كل شيء في هذه الدنيا مقدر بحكمة الله ومشيئته ، ويعتقدون أن مصيرهم فيها محدد من قبل أن يولدوا ، بقضاء الله وقدره . قال رسول الله صلى الله عليه وسلم « **يجمع خلق أحدكم في بطن أمه أربعين يوماً نطفة ، ثم يكون علقة مثل ذلك ، ثم يكون مضغة مثل ذلك ، ثم يبعث الله إليه الملك ، فيؤمر بأربع كلمات فيكتب : رزقه وعمله وأجله وشقي أم سعيد**»(رواه البخاري) . والإنسان يأتي إلى هذه الدنيا وقد كتب الله له رزقه وعمله وأجله وما سيكون عليه من سعادة أو شقاء في الدنيا والآخرة ، ولا دخل ولا إرادة للإنسان في ذلك . ويتضمن الإيمان بالقضاء والقدر إيمان المسلمين بأن قضاء الله وقدره كله خير ، لا شر فيه ، وعلى العباد أن يقبلوه ويرضوا به . قال رسول الله صلى الله عليه وسلم « **والذي نفسي بيده ، لا يقضي الله للمؤمن قضاء إلا كان خيراً**

له ، وليس هذا لأحد إلا المؤمن : إن أصابته سراء شكر فكان خيراً له ، وإن أصابته ضراء صبر فكان خير له» (رواه مسلم) . فالمسلم إذا كان قوي الإيمان بقضاء الله وقدره ، صبوراً في الضراء (أي المصائب) شكوراً في السراء (أي الخيرات) فلا ييأس عند المصيبة ، ولا يأخذه الغرور والتكبر عند النجاح والتفوق .

كما يتضمن الإيمان بالقضاء والقدر إيمان المسلمين أن قضاء الله وقدره للإنسان لا مرد له ولا مفر منه ، وعليه الاستعانة بالله في الصبر على القضاء والقدر ، فلا يعجز ولا ييأس أمام المصائب أو الصدمات . قال رسول الله صلى الله عليه وسلم **«المؤمن القوي خير وأحب إلى الله من المؤمن الضعيف وفي كل خير . احرص على ما ينفعك واستعن بالله ولا تعجز ، وإن أصابك شيء فلا تقل لو أني فعلت كذا وكذا . ولكن قل قدَّر الله وما شاء فعل . فإن لو تفتح عمل الشيطان»** (رواه البخاري) . «فالمسلم القوي - كما يقول ابن تيمية - يرضى بما أصابه من مصائب الدنيا بقضاء الله وقدره ولا يتحسر على الماضي أو ما فات ، لأن ما أصابه لم يكن ليخطئه ، وما أخطأه لم يكن ليصيبه» (ابن تيمية ، ١٩٨٨ :٩٧) .

وهذا يعني أن إيمان المسلم بقضاء الله وقدره يجعله يصبر على المصائب ويتحملها ، وكلما زاد إيمانه زاد احتسابه وصبره وتحمله ، فلا يجزع ولا ييأس ،ولا يعجز ،ولا يحزن وبالتالي ، لا تظهر عليه اضطرابات ما بعد الصدمة ، أو تظهر عليه اضطرابات خفيفة .

أما عندما يضعف المسلم أمام المصائب (وهو بشر قد يغفل عن قضاء الله وقدره) فيصيبه الحزن والعجز واليأس ،وتظهر اضطرابات ما بعد الصدمة ، فيكون في حاجة إلى تعديل تفكيره ومشاعره نحو ما أصابه ، في اتجاه الإيمان بالقضاء والقدر ، حتى يصبر ويحتسب ، ويذهب عنه اليأس والعجز ، ويستعيد صحته النفسية ، فتنطفئ أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة ،أو تخف حدتها أو شدتها .

والمرشد أو المعالج النفسي الجيد في الكويت وغيرها من بلاد المسلمين هو الذي يؤمن بالقضاء والقدر ، ويفهم حقيقته ، ويدرك علاقته بإرادة الإنسان ، حتى

يستطيع أن يرشد المسلم إلى زيادة الإيمان بقضاء الله والرضا بما أصابه ، فيصبر ويحتسب ، ويستقيم تفكيره ، وتتعدل مشاعره وسلوكياته في موقف الأزمة ، ويواجهها بأساليب توافقية مباشرة تمكنه من السيطرة عليها .

وقد شغل موضوع القضاء والقدر حيزاً كبيراً في كتب التراث ، فألف فيه علماء الكلام والفقهاء كتباً كثيرة ، منها كتاب «القضاء والقدر» لشيخ الإسلام ابن تيمية المتوفى سنة ٧٢٨هـ ، الذي تناول فيه تعريف القضاء والقدر ، والرد على الجبرية في مسألة الإنسان مسير أم مخير ، وقدم الأدلة على أن الإنسان حر له إرادة ومسؤول عن أفعاله ، وشرح علاقة قضاء الله وقدره بإرادة الإنسان فيما يحدث للإنسان من أحداث خير أو شر(ابن تيمية ، ١٩٩١) . ونعتقد أن ما في هذا الكتاب من معارف نفسية وشرعية ضرورية لعملية الإرشاد والعلاج النفسي لاضطرابات ما بعد الصدمة عند المسلمين . ونقتطف فيما يلي بعض هذه المعارف .

يقول ابن تيمية «القضاء هو الحكم الكلي على أعيان الموجودات بأحوالها من الأزل إلى الأبد ، والقدر هو تفصيل هذا الحكم بتعيين الأسباب ، وتخصيص الأعيان بأوقات وأزمان ، بحسب قابليتها - أي الأعيان والأحداث - واستعداداتها المقضية للوقوع» (ص٩) . وهذا يعني أن قضاء الله بالنسبة للإنسان هو مصيره المكتوب عليه قبل مولده . أما قدر الله له فهو يحدث له من أحداث خير أو شر طوال حياته واحدة بعد أخرى ، حدوثاً مطابقاً لقضاء الله السابق . فالمصائب أو الأزمات التي تحدث للإنسان تقع بقدر الله وفق قضائه الأزلي ، وهو قضاء نافذ بإرادته ومشيئته سبحانه وتعالى .

ومع أن كل شئ يحدث للإنسان بقضاء الله وقدره ، فإن للإنسان ارادة فيما يقع له من أحداث ، لكنها - أي إرادة الإنسان - مرتبطة بقضاء الله وقدره . يقول ابن تيمية«مذهب أهل السنة والجماعة أن الله تعالى خالق كل شيء ما شاء كان وما لم يشأ لم يكن ، وهو على كل شيء قدير ، وبكل شيء عليم . والعبد مأمور بطاعة الله وطاعة رسوله ، ومنهي عن معصية الله ومعصية رسوله ، فإن أطاع كان نعمة

وخيراً ، وإن عصى كان مستحقاً للعقاب ، وكل ذلك بقضاء الله وقدره» (ص٨٧) وهذا يعني أن قضاء الله وقدره هو إرادة الله في الكون التي لا مرد لها . أما إرادة الإنسان فتكون في طاعة الله وطاعة الرسول أو معصية الله ومعصية الرسول وهو حر في ذلك ﴿**وقل الحق من ربكم فمن شاء فليؤمن ومن شاء فليكفر**﴾(سورة الكهف : ٢٩) فإن عمل بأوامر الله ،وابتعد عن نواهيه استحق الثواب ، وإن لم يعمل بأوامر الله ،وارتكب المحرمات ، استحق العقاب وكل ذلك يحدث له بقضاء الله وقدره .

ويقول ابن تيمية «ما يصيب العبد من النعم فالله أنعم عليه بها ، وما يصيبه من الشر فبذنوبه ومعاصيه . قال تعالى ﴿**ما أصابك من حسنة فمن الله وما أصابك من سيئة فمن نفسك**﴾ (سورة :النساء : ٧٩) ، وعلى المسلم أن يراجع نفسه ، ويصلح عيوبه ، ويتوب عن ذنبه لعل الله يكشف عنه الضر ، ويدفع عنه المصيبة بقضائه وقدره .

وقد تحدث المصائب للمسلم دون ذنب ارتكبه ، وتكون ابتلاء من الله ، لتمحيص إيمانه ، وعليه أن يصبر ويحتسب ، ويرضى بقضاء الله وقدره . يقول ابن تيمية «العبد له في المقدور حالان : حال قبل القدر وحال بعده ، فعليه قبل المقدور أن يستعين بالله ويتوكل عليه ويدعوه ، فإن قدر المقدور بغير فعله فعليه أن يصبر ويرضى به ، وإن كان بفعله وهو نعمة من الله حمد الله على ذلك» ، وإن كان ذنباً استغفر الله من ذلك (ص٩٦) .

وقد يعتقد بعض الناس أنه إذا كان الأمر مقدراً فسوف يحدث بدون الأخذ بالأسباب ، وإن كان غير مقدر فلن يحدث بالأخذ بالأسباب ، وهذا خطأ في فهم القضاء والقدر ، لأن الإيمان بالقضاء والقدر لا يبطل الأخذ بالأسباب . فقد قال رسول الله صلى الله عليه وسلم لمن قالوا ندع العمل ونتكل على الكتاب (أي القضاء والقدر) « **لا اعملوا فكل ميسر لما خلق له**» (من حديث رواه البخاري) . وعن أبي خزامة قلت يا رسول أرأيت أدوية نتداوى بها ، ورقى نسترقى بها ، وتقاة نتقيها ، هل ترد من قدر الله شيئاً . قال عليه السلام «**هي من قدر الله**» (رواه أحمد والترمذي) . فالله سبحانه وتعالى خلق الأسباب والمسببات ، وأمر بالأخذ بالأسباب حتى تحدث المسببات بقدره ومشيئته .

فالمقدر يحدث لسبب ،ولا يحدث بدون سبب ، ومن ترك الأخذ بالأسباب المأمور بها في جلب المنافع ودفع الضرر مخطئ وتفكيره غير مقبول شرعاً وعقلاً . قال تعالى ؟﴿فاعبده وتوكل عليه﴾ (هود :١٢٣) . فالمسلم مأمور بالعبادة والتوكل معاً ، أي الأخذ بالأسباب والتوكل على الله . فقد قال الرسول عليه الصلاة والسلام للأعرابي الذي ترك ناقته أمام المسجد « **اعقلها وتوكل** » (رواه الترمذي) أي خذ بأسباب المحافظة على الناقة ، ثم توكل ،على الله في المحافظة عليها . وهذا يعني أن العمل لا ينفع بدون توكل ،والتوكل لا ينفع بدون عمل .

يقول ابن تيمية «الاعتماد على الأسباب بالكلية شرك في التوحيد ، ولا يحتم وجود السبب وجود المسبب . فقد يوجد السبب ولا يوجد المسبب ، وعدم الأخذ بالأسباب قدح في الشرع ، وخروج على أمر الله . وعلى المسلم أن يجمع بين الأخذ بالأسباب والتوكل على الله في جلب المنافع ودفع الضرر»(ص ١٥١) .

خامساً : المعارف النفسية في القرآن والسنة :

يكتسب المرشد أو المعالج النفسي معارف نفسية كثيرة من دراسته للقرآن الكريم والسنة الشريفة ففيهما بيان للحياة الفاضلة وإرشاد إلى طريقها ، وفيهما توضيح لأحوال النفس وعوامل تزكيتها ، وفيهما تفسير لأمراض القلوب وانحرافات النفوس وطرق علاجها والوقاية منها ، وفيهما تحديد لحاجات الإنسان وسبل إرضائها ، بما يحقق التوازن بين مطالب الجسم والنفس والروح ، وفيهما توجيه إلى العبادات والمعاملات التي تحقق توافق الفرد مع نفسه ومع ربه ، ومع المجتمع توافقاً يحقق له السعادة في الدنيا والآخرة (مرسي ، ١٩٩٥) .

والمعرفة النفسية في القرآن والسنة هي المصدر الوحيد لمعرفة المرشد والمعالج النفسي المسلم عن طبيعة الإنسان وغاياته في الحياة . فالله سبحانه وتعالى أخبرنا أنه خلق الإنسان من جسم ونفس وروح ، ووضع له المنهج الذي يحقق له التوازن في داخله وخارجه . والله سبحانه أخبرنا أنه خلق الناس ليعبدوه ،ويعمروا الأرض . قال تعالى ﴿**وما خلقت الجن والإنس إلا ليعبدون**﴾(سورة الذاريات :٥٦) . وقال تعالى ﴿**وهو الذي جعل لكم الأرض ذلولا**

فامشوا في مناكبها وكلوا من رزقه وإليه النشور﴾(سورة الملك :١٥) . والله سبحانه أخبرنا أنه خلق الإنسان في أحسن تقويم ، عنده استطاعة عمل الخير وعمل الشر ، وله إرادة في اختيار أفعاله ، وهو مسؤول عن هذا الاختيار ، وسوف يحاسب عليه . قال تعالى ﴿**لقد خلقنا الإنسان في أحسن تقويم**﴾(سورة التين :٤) . وقال ﴿ **وهديناه النجدين**﴾(سورة البلد :١٠) . وقال ﴿**قل الحق من ربكم فمن شاء فليؤمن ومن شاء فليكفر**﴾(سورة الكهف :٢٩) . وقال ﴿**كل نفس بما كسبت رهينة** ﴾(سورة المدثر :٣٨) . وقال ﴿**فمن يعمل مثقال ذرة خيراً يره ومن يعمل مثقال ذرة شراً يره**﴾(سورة الزلزلة : ٧، ٨) . ولا يجوز للمرشد أو المعالج النفسي أن يمارس الإرشاد أو العلاج النفسي في الكويت (وهو مجتمع مسلم) إلا وهو يعلم هذه الحقائق عن طبيعة الإنسان ومقتنع بها ، فلا يقبل غيرها ، لأن ما أخبر به الله عن طبيعة الإنسان وغاياته في الدنيا والآخرة هو الحق ، ولا يوجد من هو أصدق من الله قيلا في عقيدة المسلمين . وإذا تبنى المرشد أو المعالج هذا التصور الإسلامي لطبيعة الإنسان وغاياته سوف يحسن انتقاء أساليب الإرشاد أو العلاج النفسي المناسبة لهذه الطبيعة ، ويستخدم الاستراتيجيات والتكنيكات التي تجعل إرشاده وعلاجه مقبولاً من المسلمين فيتأثرون به ، ويتحابون معه ، ويستفيدون منه (مرسي ،١٩٩٠)

الضرورة العلمية للتأصيل الإسلامي :

علم النفس الإرشادي من العلوم التي ترتبط بثقافة المجتمع التي نشأت فيه ، ويتفق علماء النفس والمعاصرون على أنه من الخطأ نقل نماذج الإرشاد والعلاج النفسي من مجتمع إلى مجتمع آخر ، يختلف معه في العادات والتقاليد والمعتقدات وأساليب الحياة وفلسفتها ، ومعايير الصلاح والفساد . فالنموذج الذي يصلح في مجتمع قد لا يصلح في مجتمع آخر . بمعنى آخر النموذج الذي يفيد في إرشاد وعلاج الناس في ثقافة ما قد لا يفيد في إرشاد وعلاج غيرهم في ثقافة أخرى (Sue & Sue,1990) (Binglham,1976) وهذا يجعل النماذج الغربية في الإرشاد والعلاج النفسي بالرغم من تقدمها ، لا تصلح كما هي للممارسة والتطبيق في

المجتمعات الإسلامية – ومنها المجتمع الكويتي – لوجود فروق ثقافية أساسية بين الثقافة الغربية التي نشأت فيها هذه النماذج ، والثقافة الإسلامية التي تنقل إليها . وتتلخص أهم هذه الفروق في الآتي :

١- الفروق في فلسفة الحياة ونظامها :

يمارس الإرشاد والعلاج النفسي في المجتمع الأمريكي في إطار الفصل بين الدين والدولة ، وينقسم الإرشاد والعلاج فيها إلى ديني ودنيوي : الديني يقدم في البيت والكنيسة ، والدنيوي يقدم في المدارس والمصانع ومراكز التأهيل ورعاية الأسرة والأطفال والزواج وغيرها (Pallone & Lee, 1969) ويستفيد من خدمات الإرشاد والعلاج النفسي أفراد وجماعات يؤمنون بالبراجماتية والحرية الشخصية والفردية . فالحياة منظمة وكل فرد مسؤول عن نفسه ، وله الحرية في أن يفعل ما يشاء شريطة ألا يؤذي غيره .

أما الإرشاد في المجتمعات الإسلامية فيطبق في إطار أن الإسلام منهج ونظام اجتماعي واقتصادي وسياسي ،ولا يفصل بين ما هو ديني ، وما هو دنيوي . فكل أفعال الإنسان في الدنيا لله حكم فيها ، يثيب فاعلها إن كانت صالحة ، ويعاقبه إن كانت فاسدة (مرسي والرشيدي ، ١٩٨٤) ويقدم الإرشاد لأفراد وجماعات مسلمة يؤمنون بعالمي الغيب والشهادة وبالوحي والعقل ،ويؤمنون بالله وملائكته وكتبه ورسله واليوم الآخر وبالقضاء والقدر خيره وشره(ابن تيمية ، ١٩٧٦) .

وتقوم فلسفة الحياة في المجتمعات الإسلامية على تقديس الحياة الزوجية وتحريم الزنا وشرب الخمر ولعب الميسر ، وعلى بر الوالدين وصلة الرحم وتحريم عقوق الوالدين وقطيعة الرحم ، وعلى تنمية المودة والمحبة بين الناس والاهتمام بأمر الجماعة ، وتحريم الفرقة وإفساد ذات البين وإهمال أمر الجماعة . فكل مسلم مسؤول أمام الله عن إصلاح نفسه وإصلاح مجتمعه ، وعليه إزالة الفساد من المجتمع قدر استطاعته ، فإن لم يستطع فعليه إصلاح نفسه وأهله ويمتنع هو وأهله عن إتيان هذا الفساد (زيدان ،١٩٧٥) .

وهذا يجعل من ينشأ في الثقافة الإسلامية مختلفاً عمن ينشأ في الثقافة الغربية في النظر إلى الحياة ، وفي طريقة

التفكير فيها ، وفي تحديد الأهداف ، وفي أساليب التوافق معها ، وفي الشعور بالصحة النفسية وفي تحقيق الذات . فإذا كانت نظريات الإرشاد والعلاج النفسي تعكس فلسفة الحياة في الثقافة الغربية وتستخدم استراتيجيات وتكنيكيات تناسب من تشبع بهذه الثقافة ، فإن هذه النظريات واستراتيجياتها وتكنيكاتها لا تصلح - كما هي - في إرشاد وعلاج اضطرابات ما بعد الصدمة في المجتمع الكويتي .

٢- الفروق بين الثقافتين في تصور طبيعة الإنسان وأهدافه :

تختلف نظريات الإرشاد والعلاج في نظرتها إلى طبيعة الإنسان وأهدافه ، فمدرسة التحليل النفسي ترى أن الإنسان شرير بطبعه أناني بالفطرة ، وتراه المدرسة السلوكية صفحة بيضاء ، البيئة تشكله عن طريق التعلم ، أما أصحاب المذهب الإنساني فيرونه خيراً بطبعه وحراً ، له إرادة فيما يفعل (عبد الغفار ،١٩٧٢) . وتعتبر كل نظرية تصورها هو التصور الأمثل لكنها لا تملك الدليل على صحته ، فتضعه ضمن المسلمات التي يؤمن بها أتباعها دون دليل أو برهان . فأي هذه التصورات يعبر بصدق عن طبيعة الإنسان؟ (Sue & Sue,1990) .

يجيب الباحث بكل ثقة عن هذا التساؤل . ليس من هذه التصورات ما يعبر عن حقيقة طبيعة الإنسان ، لأنها جميعاً مستمدة من فلسفات غربية لا يوثق بها في معرفة حقيقة الإنسان وطبيعة خلقه . فأصحاب التحليل النفسي استمدوا نظرتهم إلى طبيعة الإنسان الشريرة من فلسفة يونانية قديمة افترضت أن الناس خلقوا من طينة سفلى ، فهم أشرار بالطبع ، ويتعلمون الخير بالتأديب والتعليم ومجالسة الأخيار . أما أصحاب المدرسة السلوكية فقد استمدوا نظرتهم المحايدة إلى طبيعة الإنسان من فلسفة جون لوك الفيلسوف الإنجليزي الذي اعتبر العقل صفحة بيضاء . أما نظرة أصحاب المذهب الإنساني إلى طبيعة الإنسان الخيرة فلها أساس في الفلسفة الرواقية ، التي افترضت أن الناس خلقوا أخياراً بالطبع ، ثم بعد ذلك يتعلمون الشر من الغلط في التربية ، ومجالسة الأشرار ، والجري وراء الشهوات الرديئة . وجميع هذه التصورات لا تتفق مع تصور الإسلام لطبيعة الإنسان ، ولا تصلح في فهم شخصية المسلم ، وتفسير

سلوكياته ، ولا في تنمية نفسه وتزكيتها ولا في علاج انحرافاته والوقاية منها ، ولابد للمرشد والمعالج النفسي في المجتمعات الإسلامية من تبني تصور الإسلام لطبيعة الإنسان وأهدافه في الحياة ، لأنها من عند الله خالق الإنسان وما يخبر به عن طبيعة الإنسان هو الحق من عند العليم الخبير ، ﴿**ألا يعلم من خلق وهو اللطيف الخبير**﴾(سورة الملك :١٤) .

٣- الفروق في استراتيجيات وتكنيكات الإرشادوالعلاج النفسي :

مع اختلاف استراتيجيات وتكنيكات نظريات الإرشاد والعلاج النفسي في الغرب ، فإنها جميعا تشترك في التركيز على تنمية الفردية والاستقلالية والتنافس في الإنجاز والمكانة الاجتماعية وغيرها من الأمور التي تعكسها الثقافة الغربية ، والتي تعتبر قمة الصحة النفسية أن يكتفي الإنسان بنفسه عن الناس(مرسي ، ١٩٨٨) . وهذا يعني أن كثيرا من هذه الاستراتيجيات والتكنيكات لا تناسب في إرشاد وعلاج من نشأ في الثقافة الإسلامية ، التي تعتبر قمّة الصحة النفسية أن يكتفي الإنسان بربه عن الناس ، وتدعو إلى الاعتماد على النفس والاعتمادية المتبادلة ، واحترام رأي الكبير ، وطلب المشورة من الوالدين ، وتشجع على كظم الغيظ والعفو والتسامح ، وتحث على امتلاك النفس عند الغضب ، وعلى التضحية من أجل الآخرين . قال تعالى ﴿**ويطعمون الطعام على حبه مسكيناً ويتيماً وأسيراً إنما نطعمكم لوجه الله لا نريد منكم جزاء ولا شكوراً**﴾(سورة الإنسان : ٨ و ٩) . وقال الرسول عليه الصلاة والسلام «**الله في عون العبد مادام العبد في عون أخيه**»(رواه البخاري) . لذا نجد أن الإستراتيجيات والتكنيكات التي تركز على توكيد الذات وعدم التنازل عن الحقوق أو التي تشجع على التعبير عن الأفكار والمشاعر دون مراعاة رأي الآخرين ومشاعرهم قد لا تكون مفيدة كثيراً في إرشاد وعلاج المسلمين الذين تربوا على احترام الكبير والعطف على الصغير ، وطاعة الوالدين ، وأولي الأمر في المجتمع ، والتضحية من أجل الأهل والأصدقاء ابتغاء مرضاة الله .

كما نجد أن استراتيجيات الإرشاد المباشر أكثر تقبلاً مَن استراتيجيات الإرشاد

غير المباشر عند الأطفال والمراهقين في المجتمعات العربية لأنهم نشؤوا على طاعة الكبير ، وقبول توجيهاته ونصائحه باعتباره أكثر منهم خبرة .

وقد نجد بعض الأطفال والمراهقين في مجتمعاتنا لا يتكلمون قبل المرشد لأنهم تعلموا من صغرهم ألا يتكلموا قبل الكبار ، وقد لا يتخذون قراراً قبل مشورة والديهم لا عن ضعف واتكالية وإنما احتراماً وتقديراً للوالدين ، وقد يطلبون النصيحة المباشرة من المرشد لأنهم تعلموا أن الكبير أكثر حكمة من الصغير .

وقد نجد بعض النساء يتجاوبن في الإرشاد مع المرشدات أكثر من المرشدين لأنهن لم يتعودن الاختلاط بالرجال الأجانب ، ولا يقبلن الكشف عن وجوههن أمامهم ، وقد يشعرن بالتوتر إذا أغلق المرشد باب الحجرة لا خوفا من المرشد بل التزاما بعاداتهن وتقاليدهن ومعتقداتهن .

٤- الفروق في التوكل على الله :

تقوم الثقافة الغربية على أساس أن العلاقة بين العلة والمعلول علاقة خطية ، فوجود السبب يحتم وجود النتيجة ، والإنسان الذي يأخذ بالأسباب لابد أن يحصل على النتائج المرتبطة بها . فكل شيء محسوب ولا مجال للحظ ، ولا لتدخل إرادات أخرى غير إرادة الإنسان . فالنجاح بجهد الفرد وعقله ومهاراته ، ولا دخل لله في ذلك (Gilliland, et al, 1994 , Sue & Sue,1990)

وهذه النظرة تجعل تفكير الإنسان الذي نشأ في الثقافة الغربية يختلف عن تفكير الإنسان الذي نشأ في الثقافة الإسلامية حول الأخذ بالأسباب . فالأول يؤمن أن الأخذ بالأسباب يوصل إلى المسببات مباشرة ، ولا مجال للتوكل على الله فيها ، أما الثاني فيؤمن أن وجود السبب لا يحتم وجود النتيجة إلا أن يشاء الله ، ولابد من الأخذ بالأسباب ثم التوكل على الله في الوصول إلى النتيجة . فالمسلم ينسب النجاح إلى توفيق الله ولا ينسبه إلى الأخذ بالأسباب . بعبارة أخرى ينسب النجاح إلى إرادة الله ومشيئته ، ولا ينسبه إلى علم الإنسان وعقله ومواهبه وإرادته . فهو يعمل ويأخذ بالأسباب ولسان حاله يقول ﴿**وما توفيقي إلا بالله**﴾ ويقول ﴿**ولا تقولن لشيء**

إنـي فاعل ذلك غدا إلا أن يشاء الله﴾(سورة الكهف :٢٣و٢٤) . ويقـول**﴿مـا شـاء الله ولا قـوة إلا بـالله﴾**(سـورة الكهف :٣٩) . ويقـول **﴿ومـا تشـاءون إلا أن يشـاء الله رب العالمين﴾**(سورة التكوير :٢٩) .

كما يختلف تفكير الإنسان الذي نشأ في الثقافة الغربية عن تفكير الإنسان الذي نشأ في الثقافة الإسلامية حول مصير الإنسان فالأول يؤمن أن مصيره بيده ، تحدده عوامل من داخله ، فالأمور في الدنيا منظمة بقوانين ثابتة ، والإنسان له السيادة والسيطرة على الطبيعة ، وعليه أن يستخدم المنهج العلمي في دراسة الكون وتسخير كل شيء فيه لإرادته (Sue & Sue,1990) والمقصود (الإنسان الغربي) .

أما الثاني فيؤمن أن مصيره في الدنيا محدد من قَبْل أن يولد بقضاء الله وقدره ، وأن الله خَلَقَه وسخر له ما في الأرض وما عليها من جماد ونبات وحيوان ، وعليه أن يعمل بمنهج الله حتى يحصل على خيرات الدنيا ويحمي نفسه من شرورها ، وأن يُعمل عقله في ظواهر الكون ، ويدرسها بالمنهج العلمي حتى يسيطر عليها ، ويسخرها لصالح البشرية بقضاء الله وقدره وليس بالعلم وحده يتم تسخير الطبيعة .

وهذه الطريقة في التفكير في الأسباب والمسبِّبات ومصير الإنسان تجعل المسلم يستخدم المنهج العلمي وهو يقول ﴿ بسم الله الرحمن الرحيم﴾ و﴿إن شاء الله﴾ و﴿بإذن الله﴾ و﴿توكلت على الله﴾ ويأخذ بالأسباب وهو يدعو ربه التوفيق والنجاح ، وإذا فشل يقول «ما شاء الله كان ولا حول ولا قوة إلا بالله» ولا يعجز ويحاول مرة بعد المرة ، وهو متوكل على ربه ولسان حاله يقول **﴿لن يصيبنا إلا ما كتب الله لنا﴾** و**﴿سيجعل الله بعد عسر يسراً﴾** (سورة الطلاق :٧) و**﴿أن الله لا يضيع أجر من أحسن عملاً﴾** هذه الطريقة في التفكير وما يصاحبها من طقوس إسلامية في العمل وفي حل المشكلات ومواجهة الصعوبات والأزمات لا موقع لها في نظريات الإرشاد والعلاج النفسي الغربية التي تركز على التخطيط والتفكير العلمي والإنجاز وتوكيد الذات وتحقيق الذات ، وترفض التوكل على الله ولا تقبل ربط إرادة الإنسان بإرادة الله ، وتعده نوعاً من العجز والاتكالية . وتذهب بعض

النظريات إلى أن الدعاء وطلب العون من الله في قضاء الحاجات وتذليل الصعوبات وتخفيف المصائب أوالكَرْب من أمور الدين التي لا تدخل في عملية الإرشاد والعلاج النفسي . من هذا ما أشار اليه ثورن Charles Thorne في دعوته المرشدين لأن يكون إرشادهم قائماً على العلم ، وأن يتجنبوا الخوض في الإلهيات وما وراء الطبيعة فإرشاد الشخصية Personality Counseling- كما يقول - يختلف عن الإرشاد الروحي ، ومرشد الشخصية لا يتطرق إلى القضايا الدينية (باترسون ، ١٩٩٠، ١٥٢) .

ومن هذا أيضاً قيام نظرية إليس في العلاج العقلاني الانفعالي Rational / Emotional Therapy على أساس أن الإنسان يستطيع أن يصنع حياته بالمنطق والعقل والتفكير العلمي ، ولا يحتاج إلى الاعتماد على الله أو السحر Magic (Ellis, 1973) فحياة الإنسان وما فيها من أحداث محكومة بعوامل سببية ليست دائماً في متناول الإنسان لكنه قادر على عمل ما يغير به مستقبله .

وقد جعل (Ellis) هدف الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي مساعدة الشخص على التخلص من إتجاهاته وأفكاره غير المعقولة واستبدالها بأفكار واتجاهات معقولة . من هذه الأفكار غير المعقولة في الثقافة الأمريكية كما يراها « إليس» اعتقاد الشخص أنه معتمد على شخص أقوى منه ، هذا اعتقاد خاطئ لأنه يؤدي إلى فقدان الحرية وفقدان الأمان ، ويجعل الشخص تحت رحمة من يعتمد عليه ، والعاقل - كما يقول« إليس» - من يسعى إلى تحقيق ذاته ، ولا يربط نفسه بغيره (باتريسون ،١٩٩٠) .

وهذا يعني أن اعتماد الابن على أبيه والأب على ابنه ، والزوجة على زوجها والإنسان على ربه كلها من الأفكار غير العقلانية بحسب هذه النظرية لكنها أفكار عقلانية في الثقافة الإسلامية التي تربي الأبناء على طاعة الوالدين فلا يقولون لهما أفٍّ ولا ينهرونهما ، وتربي البنات على أن طاعة الزوجة لزوجها تعدل الجهاد في سبيل الله ، وتربي المسلم على حب الله ، والتوكل عليه ، والاكتفاء به سبحانه عمن سواه .

وهذه الفروق بين الثقافتين (الغربية والإسلامية) في التفكير في هذه الأمور تجعل استراتيجيات وتكنيكات الإرشاد والعلاج النفسي التي تركز على الفردية والاستقلالية وإثبات الذات لا تفيد كثيراً في الإرشاد والعلاج في المجتمعات الإسلامية ، وتضع على المرشدين والمعالجين في هذه المجتمعات مسؤولية تنمية استراتيجيات وتكنيكات من الثقافة الإسلامية ، يدخل فيها الدعاء والرقى وقراءة القرآن ، والتوكل على الله ، ومراقبة الله ، والصبر والاحتساب ، والتوبة والاستغفار والتسبيح ، وقيام الليل وكثرة السجود ، وصلاة الحاجة ، وصلاة الاستخارة ، وصلة الرحم ، وبر الوالدين وغيرها من الأعمال والأفكار والاتجاهات التي تزكي النفوس وتنمي المودة والمحبة والتضحية وتحمي من الانحراف والفساد ، وتسهم في علاج النفوس المريضة بعامة ، وفي علاج اضطرابات ما بعد الصدمة بخاصة (مرسي ،١٩٨٩) .

الخلاصة والتوصيات

بعد هذه المناقشة لجذور الإرشاد والعلاج النفسي في الثقافة الإسلامية والفروق بين الثقافة الغربية التي نشأت فيها نماذج الإرشاد والعلاج النفسي الأمريكية والثقافة الإسلامية التي تُنقل إليها هذه النماذج نخلص إلى الاستنتاجات الآتية :

١ - للإرشاد والعلاج النفسي جذور عميقة في القرآن الكريم والسنة الشريفة وفي التراث العلمي الذي خلفه علماء المسلمين . ففي القرآن الكريم شفاء للناس ، والرسول عليه الصلاة والسلام أعظم الخبراء في الصحة النفسية والإرشاد والعلاج النفسي (عودة ومرسي ، ١٩٩٥) ولعلماء المسلمين إسهامات كبيرة في الإرشاد والعلاج النفسي في ضوء هَدْى الله للإنسان (مرسي ،١٩٨٨) والذي فيه السعادة والحماية من الضلال والشقاء وفي الإعراض عنه الاضطراب والتعاسة ، وقال تعالى : ﴿**فمن اتبع هداي فلا يضل ولا يشقى ، ومن أعرض عن ذكري فإن له معيشة ضنكاً ونحشره يوم القيامة أعمى**﴾ (سورة طه : ١٢٣ و١٢٤) ، وعلى المرشد أو المعالج النفسي المسلم أن يستفيد في الإرشاد والعلاج النفسي بعامة والإرشاد والعلاج النفسي لاضطرابات ما بعد

الصدمة بخاصة من العلاج الإلهي والعلاج النبوي ومن أفكار علماء المسلمين واستراتيجياتهم في الإرشاد والعلاج النفسي ، وعليه أن يؤصل خدماته الإرشادية والعلاجية ، ويُطورها بما يناسب حاجات المسترشدين في المجتمعات العربية الإسلامية في القرن الواحد والعشرين .

٢ - الفروق كبيرة بين الثقافة الغربية التي نشأت فيها نماذج الإرشاد والعلاج النفسي الأمريكية والثقافة الإسلامية التي تنقل إليها ، وهذا يعني أنه من الخطأ - من الناحيتين العلمية والشرعية- تطبيق أي من هذه النماذج في البلاد العربية الإسلامية بعامة وفي الكويت بخاصة إلا بعد تمحيصها وفلترتها (زهران ، ١٩٨٠) في ضوء ما يريده الشرع ، ثم نأخذ منها ما يتفق مع الإسلام ففيه خير كثير ، وندع ما يخالف الإسلام لما فيه من شر كبير على الفرد والمجتمع .

٣ - تبني المرشد أو المعالج النفسي المسلم لإحدى نظريات الإرشاد والعلاج النفسي الأمريكية والتزامه بها كما هي ، يؤدي به - بقصد أو بدون قصد - إلى محاذير علمية عديدة ، أهمها الآتي :

أ - لا يوجد أساس علمي يثبت أن هذه النظرية التي يتبناها أفضل من غيرها . فكل نظريات الإرشاد والعلاج النفسي في أمريكا ليست نظريات علمية حقيقية لكنها - كما يقول باترسون - وجهات نظر View of Point تعتمد على تصورات أصحابها لطبيعة الإنسان وأهدافه في الحياة وهي تصورات مختلفة لا تعبر عن حقائق علمية وقد أدى هذا الاختلاف - كما يقول روجرز - إلى خلل كبير في ممارسة الإرشاد والعلاج النفسي في أمريكا (باترسون ، ١٩٨١) .

ب - كل نظرية من نظريات الإرشاد والعلاج النفسي تستخدم استراتيجيات وتكنيكات إرشادية وعلاجية تتفق مع فلسفتها ومبادئها وأهدافها ، والتزام المرشد أو المعالج النفسي المسلم بهذه النظرية يدفعه إلى الحرص على

استخدام استراتيجيات وتكنيكات تتفق مع النظرية التي تبناها أكثر من حرصه على تطبيق الاستراتيجيات والتكنيكات التي تناسب حاجات المسترشد (Sue&Sue,1990) .

٤ - انفتاح المرشد أو المعالج النفسي المسلم على جميع نظريات الإرشاد والعلاج النفسي الأمريكية واستيعابه لها يجعله قادراً على تمحيصها وغربلتها وقادراً على انتقاء ما يتفق منها مع ثقافته الإسلامية وانتقاء الاستراتيجيات والتكنيكات التي تناسب حاجات المسترشدين ، وتسهم في تزكية نفوسهم ووقايتهم من الانحراف ، دون التقيد بنظرية معينة .

وهذا الاتجاه الانتقائي في الإرشاد والعلاج النفسي Eclectic Counseling and psycho Therapy يلقى التأييد من عدد كبير من علماء الإرشاد والعلاج النفسي في أمريكا نفسها ، ويعدونه منهجاً جيداً في الإرشاد والعلاج النفسي لأنه يسمح للمعالج بانتقاء الاستراتيجيات والتكنيكات التي تناسب المرشد والموقف والمشكلة ، ولا يجعله أسير نظرية معينة .

(باترون ، ١٩٩٠)(Sue & Sue,1990) .

ويذهب انجليش وانجليش إلى أن الإرشاد أو العلاج الإنتقائي بناء نظري يقوم على دمج الملامح المتآلفة من نظريات مختلفة ، ويأخذ العناصر الجيدة من كل نظرية ، ويدمجها في نظام جيد ومفيد في العملية الإرشادية والعلاجية (English & English,1958) .

وفي ضوء هذه الاستنتاجات الأربعة يوصي الباحث بضرورة الاهتمام في إعداد المرشدين والمعالجين النفسيين في البلاد العربية والإسلامية بزيادة معلوماتهم في الثقافة الإسلامية بعامة ، وفي مجالات الإرشاد والعلاج النفسي عند علماء المسلمين بخاصة ، عن طريق إضافة مقرر للتأصيل الإسلامي أو التوجيه الإسلامي لعلم النفس الإرشادي ضمن برنامج إعدادهم على المستوى الجامعي .

وإذا كان المرشد أو المعالج سوف يعمل في مجال علاج اضطرابات الصدمات وما بعد الصدمات ، فمن الضروري أن يدخل في برنامج إعداده دراسة مقرر في مفهوم المصيبة في الإسلام والعلاج الإلهي والعلاج النبوي لأهل المصائب ومفهوم القضاء والقدر وعلاقتهما

بالإيمان والصحة النفسية ، ودراسة مقرر آخر في أهمية الدعاء والتوكل والصبر والصلاة والصوم والعمرة والحج وكظم الغيظ والعفو والإحسان والرقي وإتقان العمل وغيرها من الواجبات التي شرعها الإسلام ، لراحة النفوس وتخفيف الاضطرابات ، وتنمية العلاقات الاجتماعية ، وعلاج الوساوس وتعديل الأفكار والمعتقدات ، وتحسين السلوك ، وتنمية الإرادة ، وربط الإنسان بربه ، فيشعر بالأمن والأمان ويذهب اضطرابه .

أما إذا كان المرشد أو المعالج سوف يعمل في مجال الإرشاد الزواجي والعلاج الأسري ، فمن الضروري أن يدخل في برنامج إعداده مقررات في فقه الأسرة وقوانين الأحوال الشخصية المعمول بها في المجتمع ، حتى يقف على تشريع الإسلام للزواج والطلاق ، والحقوق والواجبات المتقابلة في الأسرة ، وتوجيهات الإسلام في التماسك الأسري ، وصلة الرحم وبر الوالدين ، وحضانة الأطفال والولاية على النفس ، وآداب الإسلام في المعاملة الوالدية ، والميراث والنفقة والحيض والعدة وغيرها من الموضوعات التي ترتبط بالأسرة والعلاقات الأسرية .

والذي يدعونا إلى التأكيد على دراسة المرشدين والمعالجين النفسيين لهذه المقررات هو ما نلمسه من قصور في معارفنا الإسلامية الدارجة مما يجعل المرشدين والمعالجين في حاجة إلى الدراسة المنظمة لهذه المقررات ، حتى تنمو معلوماتهم الأساسية عن ثقافتهم الإسلامية والتي تمكنهم من الإرشاد والعلاج النفسي في إطار هذه الثقافة ، وتجعلهم قادرين على تمحيص نظريات الإرشاد والعلاج النفسي الأمريكية وانتقاء ما يناسب حاجات المسترشدين ، وقادرين على أن الاستفادة مما في ثقافتهم الإسلامية من استراتيجيات وتكنيكات في إرشاد المسلمين وعلاج اضطرابهم .

المصادر والمراجع

١- ابن القيم ، شمس الدين محمد بن أبي بكر . عدة الصابرين وذخيرة الشاكرين . بيروت : دار الكتاب العربي ، ١٩٨٦ .

٢- ابن تيمية ، الإمام أحمد . الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر ، بيروت : دار الكتاب العربي ، ١٩٧٦

٣- ابن تيمية ، الإمام أحمد . القضاء والقدر . بيروت : دار الكتاب العربي ، ١٩٩١ .

٤- الزميلي ، زهير محمد . زاد المريض والمبتلي . عمان : دار الفرقان ، ١٩٨٨ .

٥- المنيجي ، محمد بن محمد . تسلية أهل المصائب . بيروت : دار الكتب العلمية ، ١٩٨٦ .

٦- الموردي ، أبو الحسن علي بن محمد بن حبيب البصري . كتاب أدب الدنيا والدين . القاهرة : دار الريان للتراث ، ١٩٨٨ .

٧- باترسون ، س .هـ . نظريات الإرشاد والعلاج النفسي . (الجزء الأول) ترجمة حامد الفقي . الكويت : دار القلم ، ١٩٨١ .

٨- باترسون ، س .هـ . نظريات الإرشاد والعلاج النفسي . (الجزء الثاني) ترجمة حامد الفقي . الكويت : دار القلم ، ١٩٩٠ .

٩- زهران ، حامد . الإرشاد والعلاج النفسي . القاهرة : عالم الكتب ، ١٩٨٠ .

١٠- زيدان ، عبد الكريم . أصول الدعوة . بغداد : المنار الإسلامية ، ١٩٧٥ .

١١- طاهر . حسين محمد . الاستشارات النفسية بين النظرية والتطبيق . الكويت : مركز طاهر للاستشارات ، ١٩٩١ .

١٢- عبد الغفار ، عبد السلام . في طبيعة الإنسان . القاهرة : دار النهضة العربية ، ١٩٧٢ .

١٣- عودة ، محمد ومرسي ، كمال ابراهيم . الصحة النفسية في ضوء الإسلام وعلم النفس . الكويت : دار القلم ، ١٩٩٥ .

١٤- مرسي ، كمال إبراهيم . المدخل إلى

علم الصحة النفسية . الكويت : دار القلم ، ١٩٨٨ .

١٥- مرسي ، كمال إبراهيم . تنمية الصحة النفسية : مسؤولية الفرد في الإسلام وعلم النفس . مجلة الشريعة والدراسات الإسلامية ، ١٩٨٩ (٨) ٣٢٥ - ٣٦٥ .

١٦- مرسي ، كمال إبراهيم . محاضرات في التوجيه الإسلامي لعلم النفس . (مذكرات) الرياض : جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية ، ١٩٩٠

١٧- مرسي ، كمال إبراهيم . التأصل الإسلامي لإرشاد آباء الأطفال المتخلفين عقلياً . بحث نوقش في المؤتمر الثاني للإرشاد النفسي بجامعة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٩٥

١٨- مرسي ، كمال إبراهيم والرشيدي ، بشير . التوجيه والإرشاد : فلسفته وأخلاقياته في البلاد الإسلامية . المجلة التربوية جامعة الكويت ، ١٩٨٤ ، (٢) ٩-٢٨ .

١٩- منصور ، طلعت . دراسة في الآثار النفسية والاجتماعية للعدوان العراقي على دولة الكويت . عالم المعرفة ١٩٩٥ ، (ص ص١٩٥ ، ٦١٩-٦٢٠) .



الجلسة الثانية

2 التاريخ الأسـري في تشخيـص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

رئيس الجلسة : د . حســـن المـوسوي

المتحدث الرئيسي : د . عبد الله الحمادي

البحـث

مقدمـة:

هناك العـدد من الدراسـات التي نشرت في الدوريات خـلال السنوات الماضـية عن اضطراب ضغـوط مـا بعـد الصدمة . لكن القليل منهـا تطرق إلى مـوضـوع مـا بعـد الصـدمـة طبـقـاً لــ DSM-IV في الدليل الإحصائي التشخيصي – الرابع لم تتضمن التاريخ الأسـري كـأحد العـوامل .كذلك فإنه من غـير المعروف إن كـان هناك عـامل وراثي يزيد من الإصابة باضطراب ضغـوط ما بعد الصدمة . وكـأحـد العوامل المؤثرة والتي تزيد من التعرض للإصابة بالضغوط مـا بعـد الصـدمـات فـإن التـاريخ الأسـري لأمـراض نفـسيـة قـد اختـبـر بواسطة (دافيدسـون ١٩٨٥) . حـيث تم مراجعة التـاريخ الأسري لــ ٣٦ مريضاً مشخصاً باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المزمنة . وجـد أن 66% منهم لديهم تاريخ أسـري سابق لأمراض نفسية منهـا : الإدمان على المشروبات الكحولية ،الاكتئاب ،القلق .

وجـد أورسليـوا في عـام ١٩٩٦في دراسته لاضطراب ضغوط ما بعد الصـدمة على ٣١١ من الجنود ، أن الذين يعـانون من اضطراب ضغـوط مـا بعـد الصـدمة لديهم

معدلات عالية لأعراض نفسية أخرى مثل الاكتئاب ، القلق ، الهوس ، الفزع ، المخاوف الاجتماعية . كذلك وجد تاريخاً لمرض نفسي سابق لهؤلاء الأفراد مثل الاكتئاب ، المخاوف الاجتماعية ، الوسواس القهري . هذه النتائج تشير إلى أن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة مرتبطة بمعدلات أمراض نفسية أخرى .

على هذا الأساس فإن البحث عن علاقة تربط التاريخ الأسري بمرضى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة قد يكون له علاقة وثيقة بالأمراض النفسية الأخرى المرتبطة به . ماكجوري عام ١٩٩٥ ناقش الحدود بين اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والأمراض النفسية الأخرى ،وكان هذا نابعاً من المعدلات الملاحظة للأمراض النفسية الأخرى المصاحبة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ، ولقد توصل إلى أن هناك اتصالاً وثيقاً بين اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والأمراض النفسية الأخرى المصاحبة له . وحيث أن معظم هذه الأمراض المتصلة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لها علاقة وثيقة بالتاريخ الأسري جاءت ضرورة البحث عن علاقة التاريخ الأسري باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة .

دلت دراسات أخرى أن أحد العوامل التي تزيد من فرصة الإصابة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة للناجين من الكوارث يمكن أن يكون متعلقاً بالتاريخ الأسري لسلوك مطابق لاضراب ضغوط ما بعد الصدمة كما أثبت ذلك واتسون في دراسة في عام١٩٩٥ . وذلك عندما قام بفحص ثلاث مجموعات ، الأولى : مرضى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ، الثانية : مرضى بأمراض نفسية أخرى ، والثالثة : موظفي المستشفى ، كلهم قد قاموا بتقييم الأب ، الأمْ ،الأخوة من الجنسين بمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة . وجد أن مرضى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة قد أسندوا لذويهم نسبة أعلى من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة مقارنة بالمجموعتين الباقيتين .

في هذه الدراسة الوصفية سوف نراجع التاريخ الأسري للقرابة من الدرجة الأولى للمرضى الذين تم تشخيصهم أنهم

يعــانون من اضطراب ضــغــوط مــا بعــد الصــدمــة بناء على المقـابلة الإكلينيكيــة وباستخدام مقاييس اضطراب ضغوط ما بعــد الصــدمـــة . وفي هذه الدراســة الوصفية ،ولأسباب المقارنة قمنا بأخذ عينة تحكم شملت أشـخاصاً أصحاء ومرضى آخرين بأمـراض نفسية مثل الاكـتئاب ، القلق ،الإدمان ،كذلك تمت مناقشة التاريخ النفــسي الســابق للمـرضى الذين تمت دراستهم .

العينة والأدوات :

تمت مــراجــعـة ملفــات المرضى الذين راجعـــوا مركـــز الرقـــعي التخصــصــــي خـــلال الفـتــرة من ٣١/ ١٢/ ٩١ وحــتى ٣٠/ ٦/ ١٩٩٦ وتم اختيار الملفات فقط التي ثبت فيها تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة طبقاً للمقـابلة الإكلينيكيـة بواسطة الطبيب النفـسي ، ثم بالمقـاييس والمقـابلات بواسطة المعالـج النفسي الإكلينيكي أنه يعاني من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المزمن . وبالتـالي فإن العينة لا تمثل جميع من راجع المركزأو جميع حالات اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ، وكذلك لا تمثل عينة عشوائية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة . المقاييس التي اســتـخـدمت في الفــــــتـرة الأولى من ٣١/١٢/ ٩١ وحـتى ٣١/ ١٢/ ١٩٩٣ هـــي : هـــوبـــكنز -١٥ للاكتـــئاب والقــــلق وبي تـــي ســـــي ســـــي PTSS-10 ، ومـــن ١/ ١/ ١٩٩٤ حتى ٣٠/ ٦/ ١٩٩٣م ، تم استخدام مقياس الأعراض 90 ، المقياس الإكلينيكي CAPS لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ، كذلك تم استخدام استبيان الصدمة لتفصيل نوع الإصابة التي مر بها كل فرد . جــمـيع المرضى وهم من الذين تعــرضـــوا لإصـابات أثناء فـتـرة العـدوان (نفـسـيـة أو جسدية) .عند مقابلة الطبيب النفسي يدون على ورقـة خـاصـة (ثابتـة لجميع الحـالات) متـضـمنة أسئلة تفـصيليـة ثابتة عن التـاريخ الأســري الذي يشـــمل الأبوين والأخـــوة بالتفصيل ، والمقابلة مع الأخصائي الاجتماعي تؤكد على ماورد في تقرير الطبيب النفسي وكذلك يفصل فيها بعض جوانب التاريخ المرضي النفسي للأسرة ، لم يتم استـجـواب أفـراد الأســـرة إلا في حـالة الأطفـــال . لم يتــم مقـارنة المجموعتـين (التـاريخ الأسري النفسي الإيجابي والسلبي) عند التحليل على أساس تطابق وتثبيت الأعمار والجنس ،لكن الطريقة لأخذ التاريخ الأسري في المجموعتين

كانت متطابقة .

* كانت الفترات متفاوتة بين الإصابات التي امتدت من ٢/ ٨/ ١٩٩٠ وحتى ٢٦/ ٢/ ١٩٩١ ، وظهور الأعراض لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة التي دفعت المريض لطلب المساعدة والتي بلغت من ٣١/ ١٢/ ١٩٩١ وحتى ٣٠/ ٦/ ١٩٩٦ .

النتائج :

جميع أفراد العينة قد تمت مقابلتهم اكلينيكياً .(17.5%) منهم كانوا من الأطفال دون سن ١٦ سنة والباقين من البالغين (82.5%) : ١١١ إناث (26%) ٣١٨ ذكور (74%) ؛ ١٥٩ من الذكور (50%) كانوا من العسكريين الذين اعتقلوا وتعرضوا للتعذيب الجسدي/ أو النفسي أثناء العدوان . معظم أفراد العينة كانت في سن ٢٦-٤٥ سنة من الذكور (26%) في زمن المقابلة .

هناك ٣١ حالة من البالغين (7.5%) من العينة لديهم تاريخ نفسي سابق لأمراض تمت معالجتهم منها في حياتهم ، وكانت هذه الحالات كما هو مبين ادمان الكحول أو المخدرات (٢٠ حالة) 6% ، القلق (٦ حالات) 18% ، الاكتئاب (٥ حالات) 1% ، اضطراب الشخصية (حالتان) 6% وهذا أيضا ما توصلت له دراسة دايفدسون وآخرون ١٩٨٥عندما وجدوا ان معظم من كان لديه تاريخ لمرض نفسي سابق ان : ٢ (41%) منهم مدمن على الكحول أو المواد المخدرة ثم الاكتئاب والهوس بنسبة 25% ثم القلق 19% ثم الوسواس القهري ٩١٪ ثم اضطراب الشخصية 3% .

لم تكن هناك فروقات ذات دلالة واضحة بين من لديهم تاريخ نفسي أسري ،ومن ليس لديهم من حيث سرعة طلب الرعاية النفسية بعد الإصابة ، ففي المجموعة الأولى (التاريخ الأسري النفسي الإيجابي) ١٦ (51%) من البالغين راجعوا في السنة الأولى ١٩٩٢ ، في حين ٢٠٣ (50%) من البالغين راجعوا في السنة الأولى ١٩٩٢ من المجموعة الثانية . وكذلك الحال بالنسبة للأطفال وبالنسبة لباقي السنوات .

جميع المرضى الذين تمت معاينتهم كانوا من مرضى العيادة الخارجية ،وجميعهم قد شُخِّص على أنه

يعاني من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ،وتم أخذ التاريخ الشخصي السابق والتاريخ الأسري لأمراض نفسية . وقد وجد أن 7%(٤٠ شخصاً) فقط لديهم تاريخ أسري سابق (كما هو مبين بالجدول) لأمراض نفسية . لقد تم التركيز في هذه الدراسة عند أخذ التاريخ الأسري فقط على الأبوين أو الأخوة . ولقد وجد أن (١٧شخصاً) 42% لم يعرفوا بالتحديد نوع المرض النفسي الذي يعاني منه أفراد الأسرة . أما الأمراض الأخرى المعروفة فإنها جاءت على الترتيب التالي : اضطراب الشخصية ٦ (أفراد 15%) ، القلق (٥ أفراد) 13%اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (٤ أفراد 10%) ،الذهان (الانفصام) (٣ أفراد) 8% ،الاكتئاب (٢ فردان)5% ، ضعاف العقول (فرد واحد) 2% .

المناقشـــة :

لقد توصلنا إلى نتائج مهمة عن وضع التاريخ الأسري في مرضى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الذي كان السبب الرئيسي لإصابتهم بهذه الضغوط هو الحرب ، الاعتقال ، التعذيب ، مشاهدة الإرهاب . الدراسة السابقة (سيرلز و ماكفارلين ١٩٨٣ ، دايفيدسون١٩٨٥) وجد أن التاريخ الأسري النفسي في مرضى اضطراب ضغوط ،ما بعد الصدمة أكبر معدل يصل إلى 60% بالنسبة لمرضى الضغوط الناتجة عن المؤثرات الطبيعية كالحرائق والزلازل والإصابات الأخرى غير الحروب والتعذيب . وربما لعدم وعي كثير من أفراد العينة (42%) التي أفرزت بوجود تاريخ أسري لمرض نفسي بنوعية المرض النفسي الذي يعاني منه ذووهم أو عدم رغبتهم بالإدلاء بنوع المرض النفسي لتحفظات خاصة بالمجتمع جعل من العسير وبشكل دقيق معرفة أشيع الأمراض النفسية الأسرية المصاحبة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أو بعد أزمات الحروب كالتي يتعرض لها أفراد العينة التي تم فحصها . لكننا وجدنا أن اضطراب سمات الشخصية النفسي ، القلق ، الاكتئاب واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة هي الأشدانتشاراً في حين وجد في الدراسات السابقة الذكر أن الإدمان على المواد الكحولية أو المخدرات هي أكثر شيوعاً بين هذه المجموعات ربما لانتشار المواد الكحولية في تلك المجتمعات

بدرجة أكبر من مجتمعنا .

وبشكل عام فإن معدل التشخيص الأسري في العينة كان قليلاً مقارنة بما نشر عن هذا المرض بالرغم من أن أعمار أفراد العينة كان يشمل الأطفال (٩١ طفلاً) 17% البالغين في مختلف الأعمار (١٧ - ٢٥سنة) 127 (24%) (من٢٦ -٤٥ سنة)(51.5%)268 ، في حين كان أفراد العينة من الدراسات السابقة من كبار السن . كذلك وجد أنه في حالة الإصابة باضطراب اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الناجم عن إصابات طبيعية (سيرلز 1983) أن معظم هؤلاء الأشخاص قد تعرضوا في مرحلة من مراحل حياتهم إلى اضطراب نفسي آخر وكان ذلك لفترة طويلة أجبرت بعضهم على الدخول إلى المستشفى وإلى فقد بعضهم العمل أو المشاكل الإجتماعية الأخرى كالعلاقات الشخصية أو الأسرية وغيرها . ولقد وجدنا نحن في دراستنا أن من بين المجموعة التي أقرت بوجود تاريخ نفسي أسري أن (٩أفراد) (22.5%) لديهم تاريخ نفسي شخصي سابق في حين أن المجموعة الثانية فقط (٢٤ فرداً)(5%) منهم لديه تاريخ نفسي سابق والملاحظ عند تحليل التاريخ النفسي السابق أن الإدمان على المواد الكحولية والمخدرات كان 60% من الحالات ، القلق 18% ، الاكتئاب 16% ، اضطراب سمات الشخصية 6% من الحالات .ومن الواضح بهذا التحليل ارتفاع نسبة التاريخ الشخصي النفسي السابق في الحالات التي لديها تاريخ أسري نفسي مقارنة بالمجموعة الثانية .

إن الإصابة حدثت في فترة واحدة تقريباً(1990-1991) وكانت هذه هي الإصابة الرئيسة . وجدنا أن (219) 51% قد طلبوا العلاج خلال الأشهر الأولى بعد الإصابة في عام ١٩٩٢ ، (116) 27% في عام ١٩٩٣ثم أخذت النسبة بالتقلص بالتدريج كما هو موضح في المجموعة الأولى التي لديها تاريخ نفسي أسري سابق لأمراض نفسية فكانت في السنة الأولى ١٩٩٢ النسبة (23) حالة 57% ، في السنة الثانية ١٩٩٣كانت النسبة (22) حالة 27% ، ثم أخذت النسبةبالتناقص ،وبالتالي لم يكن للتاريخ الأسري لأمراض نفسية

دور يذكر في جعل حدة الأعراض تزيد مما يجعل المريض يطلب الاستشارة بوقت مبكر عن مثيله الذي لا يحمل تاريخاً أسرياً نفسياً سابقاً .

ومع أن الاختلاف بين اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الحادة ، والمزمن ليس هو محور النقاش في هذه الورقة إلا أنه من المعروف أن التداخل موجود بينهما ، وبالتالي فإن قدرة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على الزوال (شفاء المريض) تعتمد على وجود أمراض نفسية أخرى مصاحبة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة . فالدراسات السابقة دايفيدسون ١٩٨٥ دلت على أن بروز الاكتئاب في سن متأخر يحرك ويثير أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة التي قد تكون كامنة عند الشخص . لقد وجدنا أن وجود تاريخ أسري لأمراض نفسية ليس بالضرورة أن يزيد من فرصة الإصابة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المصاحبة لأمراض نفسية أخرى . فلقد وجد في المجموعة الأولى (لهما تاريخ أسري نفسي) ٨ أفراد (20%)لديهم اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المتصاحب مع أمراض نفسية أخرى وأن ٤٥ ١ 30% من المجموعة الثانية لديها اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المصاحب مع لأمراض نفسية أخرى .

يجب الأخذ بالاعتبار نواحي قصور هذه الدراسة فالعينة لم تكن عشوائية وإنما للمرضى (جميعهم) الذين راجعوا المركز في فترة محددة ، وتم تخصيصهم بأكثر من طبيب على أنهم يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة . كذلك قد يكون للعوامل الاجتماعية (رغم التحفظ الكبير للمركز بسرية المعلومات) أثر كبير في إدلاء المراجع بشكل صريح في التاريخ النفسي الأسري أو التاريخ النفسي السابق للفرد نفسه . كذلك لم يستدع أفراد الأسرة الذين ثبت أن لديهم أمراضاً نفسية للتحقق من هذا في المقابلة ، كذلك العامل المؤثر وهو أن الفرد قد يقلل من أهمية المرض الذي يعاني منه قريبه . فمثلاً القلق هو شعور شخصي خاص بالفرد نفسه قد يظهر سمات للشخصية ونادراً ما يستدعي الدخول للمستشفى أو ظهوره بشكل

واضح لكل أفراد الأسرة . إن نتائج هذه الدراسة الوصفية يحتاج أن تتبعها دراسة أخرى على نطاق أسري للمرضى الذين يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لمراعاة وجود تكرار القلق بأنواعه : كالخوف ، الفزع ، القلق العام ، الأمراض الانفعالية .

الملخص :

إن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تكون عادة متصاحبة بشكل كبير باضطرابات نفسية أخرى . إن التاريخ الأسري لأمراض نفسية مهم في تحديد مدى تعرض الشخص لأمراض نفسية . دراسات قليلة هي التي فحصت أهمية التاريخ الأسري النفسي للضحايا الذين يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الذي يصاحب أو غير المصاحب مع أمراض نفسية أخرى . دافيدسون ١٩٨٥ توصل إلى أن من بين ٣٦ مريضاً ، يعانون من ضغوط ما بعد الصدمة المزمنة 66% منهم لديه تاريخ أسري لأمراض نفسية

في هذه الدراسة الوصفية تم تحليل التاريخ الأسري لعدد ٥٢٠ من المراجعين الذين تم تشخيصهم أنهم يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة منهم 70% يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة فقط و 30% يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المتصاحب مع أمراض نفسية أخرى مثل الاكتئاب ، القلق ،تبين أن 17% من أفراد العينة لديهم تاريخ أسري لأمراض مثل الاكتئاب ، القلق ، الذهان ، اضطرابات الشخصية ، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة . كذلك تم تبيان أهمية التاريخ الشخصي المرضي السابق لنفس هؤلاء المراجعين الذي وجد أن 7% منهم كان لديهم تاريخ سابق لأمراض نفسية مثل الإدمان على المواد الكحولية ، القلق ، واضطرابات الشخصية . كما ناقشت الدراسة أهمية

التاريخ الأسري النفسي كمؤشر للعلاج النفسي لهؤلاء الضحايا .

المراجع :

1- Jordan Davidson, Marvin Swartz, Michael Storck, Rama Krishnan, and Elliot Hammett. (1985). A Diagnostic and Family Study of Posttraumatic Stress Disorder. Am J Psychiatry 142: 90 - 93.

2- Orsillo SM, Weathers FW,. Litz BT, Steinberg HR, Huska JA, Keane TM)1996). Current and lifetime psychiatric disorders among veterans with war zone related posttraumatic stress disorder. J Nerv Ment Dis May 1996 184 (5) 307 - 313.

3- Mc Gorry PD (1995). The clinical boundries of posttraumatic stress disorder. Aust N Z J Psychiatry (Australia Sep 1995, 29 (3) 385 - 393.

4- Watson CG, Anderson PE, Gearhart LP (1995). Posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms in PTSD patient's families of origin. J Nerv Ment Dis Oct 1995 183 (10) 633 - 638/

5- Sierles FS, Chen J-J, Mc Farlander, et al : Posttraumatic stress disorder and concurrent psychiatric illnes: A Pre-

جدول رقم (١)

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة مع الاضطرابات المصاحبة
الأخرى وعلاقته بالتاريخ المرضى النفسي الأسري

العمر بالسنوات	١٦		١٧-٢٥		٢٦-٤٥		٤٦		المجموع	
الجنس	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى		٪
اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة										
التاريخ الأسري الإيجابي	٥	٥	٩	١	١١	٣	١	٠	٣٢	٦,١٥٪
التاريخ الأسـري السـلبي	٤٦	٤٦	٦٩	١٢	١٣٩	٢٢	١٠	١١	٣٣٥	٦٤,٤٢٪
اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة مع أمراض أخرى										
التاريخ الأسري الإيجابي	١	١	١	٠	٤	٠	١	٠	٨	١,٥٣٪
التاريخ الأسـري السـلبي	٣	٣		٣١	٧٣	١٦	٧	٤	١٤٥	٢٧,٨٨٪
المجموع	٩١		١٢٧		٢٦٨		٣٤			
٪	١٧,٥٪		٢٤٪		٥١,٥٪		٧٪			

جدول رقم (٢)
أنواع الأمراض الأسرية عندما يعانى من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

العمر والسنوات	١٦		١٧-٢٥		٢٦-٤٥		٤٦		المجموع	
التشخيص	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	٪	
غير معروف	٢	٠	٧	٠	٧	١	٠	٠	١٧	٤٢٪
الاكتئاب	٠	٠	٠	٠	٢	٠	٠	٠	٢	٥٪
الذهان	٠	٠	٠	١	١	١	٠	٠	٣	٨٪
القلق	٠	١	٢	٠	١	١	٠	٠	٥	١٣٪
اضطراب الشخصية	٠	١	٢	–	٢	١	٠	٠	٦	١٥٪
اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	٣	٠	٠	٠	٠	١	٠	٠	٤	١٠٪
الوسواس	١	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠	٢	٥٪
ضعاف العقول	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	٠	١	٢٪
المجموع	٨		١٢		١٩		١		٤٠	

مجموع الذكور ٧ لديهم تاريخ أسري لأمراض نفسية من العينة الأصلية وعددها ٥٢٠ .

مجموع ألاناث ٣٣ لديهم تاريخ أسري لأمراض نفسية من العينة الأصلية وعددها ٥٢٠ .

المجموع الكلي ٤٠ ٧٪ من العينة الأصلية وعددهم ٥٢٠ لديهم تاريخ أسري لأمراض نفسية .

جدول رقم (٣)

التاريخ الشخصي لأمراض نفسية سابقة

مقترناً مع التاريخ الأسري لأمراض نفسية

العمر والسنوات	١٦		١٧-٢٥		٢٦-٤٥		٤٦		المجموع
الجنس	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	
التاريخ الشخصي الإيجابي :									
التاريخ الأسري الايجابي	.	.	٤	.	٥	.	.	.	٩
التاريخ الأسري السلبي	.	.	٤	٢	١٦	١	١	.	٢٤
التاريخ الشخصي السلبي :									
التاريخ الأسري الإيجابي	٦	٣	٧	١	١٠	٣	١	.	٣١
التاريخ الأسري السلبي	٣٣	٤٩	١٤	٩٦	١٩٦	٣٧	١٧	١٤	٤٥٦
المجموع	٩١		١٢٨		٢٦٨		٣٣		٥٢٠

جدول رقم (٤)

أنواع التاريخ النفسي الشخصي السابق لدى مرضى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

العمر والسنوات	١٧-٢٥		٢٦-٤٥		٤٦		المجموع	
الجنس	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى		٪
القلق	١	١	٣	٠	١	٠	٦	١٨٪
الإدمان	٨	٠	١٢	٠	٠	٠	٢٠	٦٠٪
اضطراب الشخصية	١	٠	١	٠	٠	٠	٢	٦٪
الاكتئاب	٠	١	٣	١	٠	٠	٥	١٦٪
المجموع	١٢		٢٠		١		٣٣	

المناقشة والتعقيب

د . راشد :

في البداية أحب أن أشكر مكتب الإنماء الاجتماعي على هذه الفرصة الطيبة لمناقشة موضوعات هامة ، كما أشكر أيضاً الأخوة المحاضرين على ما قدموه من أوراق قيمة تحوي أفكاراً مفيدة حول موضوع الحلقة .

لدي تساؤلان : أولهما للدكتور كمال مرسي والآخر للدكتور عبد الله الحمادي :

التساؤل الأول للدكتور كمال : لاشك أن الجميع يؤيده فيما ذكره من أهمية تواجد التأصيل الإسلامي في الإرشاد النفسي ، ونتمنى إن شاء الله أن يأتي اليوم الذي نرى فيه استراتيجية إسلامية في الإرشاد النفسي .

والسؤال هو : حتى هذا اليوم ، لا نجد مع الأسف خطوات إجرائية تتناول الإرشاد الإسلامي ، بمعنى أنه لا يوجد مرشد نفسي يقوم بتطبيق هذه الخطوات على برنامج عمل مع الحالات ، وكثير منا يعتمد على الانتقاء حتى من الدين الإسلامي - ينتقي ما يناسب الوضع - الأمر الذي يضعف العلاج بالإرشاد الإسلامي ذلك أن الانتقاء لا يكون بشكل مقنن .

نود لو أن الدكتور كمال يبين لنا الخطوات الإجرائية أو برنامجاً مقترحاً - برغم ضيق الوقت ، نظراً لأهمية هذا البحث وخاصة لمجتمعاتنا الإسلامية .

النقطة الثانية بالنسبة للدكتور كمال أيضاً وهي : أن الإرشاد الإسلامي - من وجهة نظري - ضروري في بعض العمليات الإرشادية ، بمعنى أن هناك مشكلات نفسية أو سلوكية لا تحتاج إلى

الإرشاد الإسلامي ، كسلوك الأطفال اليومي - فلست من مؤيدي أن يقحم الإرشاد الإسلامي في كل صغيرة وكبيرة حتى لا نضعف الإرشاد النفسي في حد ذاته .

أما بالنسبة للدكتور عبد الله الحمادي : فقد تحدث عن موضوع مهم جداً وهو «التاريخ الأسري» وعرض دراسة أجنبية وأخرى كويتية حول هذا الموضوع ، ولوحظ أن هناك تفاوتاً كبيراً في أثر التاريخ الأسري .

ولاشك أن الدكتور عبد الله يعلم تماماً أن الصدمات هي أزمات عابرة في حياة الإنسان وهي لا ترتبط بشكل مباشر مع تاريخ الأسرة ، إنما ظهرت نتيجة ظروف معينة وطارئة . فما هو وجه الأهمية - التي أثارها الدكتور عبد الله حول التاريخ الأسري في تشخيص الصدمات؟ من الممكن أن يكون التاريخ الأسري مهماً جداً في حالات القلق والإكتئاب والوساوس والاضطرابات النفسية الأخرى- في حين أن التواصل - وهذا ما استخلصه في دراسته - ليس له أهمية كبيرة كتاريخ يفيد في تشخيص اضطرابات الضغوط التالية للصدمات ، وأنا أؤيد من وجهة نظري ما توصل إليه الدكتور عبد الله . . وشكراً .

الدكتور كمال مرسي :

الحمد لله والصلاة والسلام على رسول الله ﷺ .

بالنسبة للملاحظات التي أشار إليها الزميل الدكتور راشد ، هناك نقطة مهمة أريد أن أستبق بها الإرشاد الإسلامي أو العلاج الإسلامي وهي أني تحدثت عن «العلاج في مجتمع إسلامي» ، وليس عن «العلاج الإسلامي» أو «الإرشاد الإسلامي» نتكلم عن الشخص المستفيد بما لديه من حالات ، لابد أن تنطلق الاستراتيجيات من الأعمال التي يقوم بها . لذلك قلت أن التأصيل الإسلامي في التعامل ، في الممارسة ، وعندما نتكلم عن الإرشاد في المجتمع الإسلامي ، فلابد أن تكون الممارسة في كل العمليات الإرشادية ، بمعنى أن تكون ممارسة تتفق مع عادات وتقاليد وقيم المجتمع ، وأعتقد أنه يمكن أن يكون لدينا استراتيجيات وأن نطور ما عندنا من استراتيجيات ، فعندما نجد عند «ابن القيم» استراتيجيات في علاج «الوسواس» يستخدمها بأساليب ومناهج مناسبة للعصر

الذي عايش ، يمكن أن نستفيد منها عندما نطورها بما يتناسب والعلم الحديث ، ولقد قصدت «بالتأصيل» أننا نجعل الإرشاد النفسي مرتبطاً بثقافة المجتمع ، ولا أقصد «الإرشاد الإسلامي» لأن الدين هو الحياة بالنسبة لنا وكل صغيرة وكبيرة ، للدين فيها حكم ، ولا نفصل بين الدين والدنيا ، لهذا استبعد اصطلاح «العلاج الإسلامي» أقول : « العلاج النفسي في المجتمع المسلم أو للمسترشدين المسلمين في أي مكان» .

د . عبد الله الحمادي :

بالنسبة لملاحظة الأخ الزميل الدكتور راشد أقول :

أن الـ PTSD هو نوع من أنواع القلق ، وبالتالي كان لنا في الكويت فرصة للدراسة . أما المجتمعات الأخرى ، وبعد الحروب ، فقليل من الدراسات أجريت بعد فترة وجيزة من الحرب ، أما عن أسباب دراستنا للنواحي الاجتماعية والتاريخ الأسري ، فباعتقادي أن دراستنا للمجتمع ككل قد تفيدنا في دراستنا الأخرى ، ونحن بصدد وجود عامل وراثي لهذه الإصابات ، ولكن النتائج التي لدينا ، أثبتت أن الـ PTSD ناتج عن طريق الحرب أو التعذيب وأن ٥٠٪ من العينة من العسكريين وأن ٨٠٪ منهم معتقلون وقد تعرضوا لتعذيب جسدي ، هذه خبرة بالنسبة لنا في الكويت قد لا تتاح في الخارج أن تتم دراسة ما درسناه ، ولكن بشكل أساسي رأينا أن يتم بحث هذا الموضوع كما بحث في الدول الأخرى عقب الكوارث الطبيعية (زلازل - حرائق . . .الخ) ، أما بالنسبة لنا فإن كارثتنا هي «ما حدث قبل سنوات» ، وقد توصلنا إلى أنه إذا وقع على الإنسان إصابات من تعذيب بشكل متعمد فإن التاريخ الأسري ليس هو العامل الأساسي للتعرض لضغوط ما بعد الصدمة ، وشكراً .

الدكتور أحمد :

شكراً على هذه البحوث القيمة - وتعليق بسيط بالنسبة للدكتور كمال : الإرشاد النفسي في المجتمع الإسلامي - حل إشكالاً كبيراً - ذلك أن قولنا «الإرشاد النفسي الإسلامي» يمكن أن يخلق مشكلة - كمن يقول «علم النفس الإسلامي» ويترتب على ذلك أن

يكون هنـــاك : «علم نفس مـســيــحي» و«علم نفس يهودي» وهكذا .

الحقيقة : كم كنت أتمنى لو أن أحد الأساتذة المعالجين يتفرغ لوضع تفاصيل بمعنى أن نحدد ما هو مناسب لحالات وما هو غير مناسب لحالات أخرى .

وذلك انطلاقـــاً من الدعـــوة التي وجهت منكم ، وهي أن الطريقة مهمة ، فينبغي أن يكون المعالج انتقائياً للعلاج المناسب للحالة ، وبالنسبة للدين الإسلامي الحنيف - وهو ما يهمنا - فعندي ملاحظة طريفة ، وهي أن المساجين المسلمين في أمريكا لا يعودون للجريمة ، أي أن هناك ميكانيزم داخله تعمل عمل الوازع أكثر من أي ديانة أخرى ، وشكراً .

بالنسبة لبحث الدكتور عبد الله ، وهو بحث طريف ، ولاشك أن حقيقة PTSD معقدة ومتعددة الجوانب ، وعلى سبيل المثال : التغطية الإعلامية القوية والنابضة بالحياة لحرب تحرير الكويت حركت المواجع ، وأثارت المشاعر عند من حارب في الحرب العالمية الثانية ١٩٤٥ ، والحرب العالمية الأولى ١٩١٦٠

وإن كان التاريخ الأسري لم يخضع لدراسات كثيرة ، ولكن حبذا لو نوال هذه الدراسات - هناك من يتلقى الصدمة فيقول «الحمد لله» ، وهناك من يسقط من أقل صدمة ، هذه نقطة يتضح فيها البعد الأسري ، لقد استمتعت بالبحوث الثلاثة ، شكراً .

د . كمال مرسي :

كلام جميل ، أقبل عليه بعض الناس ، لكن الاتجاه العام في الإعداد يتجه إلى الوجه الغربي ، لدرجة أنني وأنا أتكلم عن التأصيل الإسلامي أشعر أنني في حرج لولا أنني أجد من يشجعني من بعض الأخوة ، لأنه كلما كانت الدراسة غربية كان الكلام صادقاً ، أما عندما نتحدث عن النواحي الإسلامية ، يقال لك أنك أصبحت من المشايخ .

الأمر الثاني : أن هناك فعلاً في دراسات لأحد الأطباء النفسيين في باكستان لوحظ أن حالات الاكتئاب تنخفض في شهر رمضان فما السبب؟

أخذ هذا الطبيب مجموعة من حالات الاكتئاب ، وعالجهم بعلاج الطب النفسي ،

وأخذ مجموعة أخرى وعالجهم بالعلاج نفسه مع إضافة البعد الديني، ويوجههم إلى أن يلتزموا بالعلاج، ويوصيهم في الوقت نفسه بصلاة الليل (التهجد)، وقد وجد بعد شهرين أن معدلات اختفاء الأعراض في مجموعة العلاج النفسي الطبي الديني أعلى من غيرها، وقد استمرت المتابعة لمدة (ستة شهور).

ومع المقارنة - بعد أن أوقف عنهم العلاج - بعد الشفاء، وجد أن نسبة العودة إلى الاكتئاب أعلى بالمقارنة بمجموعة الطب الديني، وقد قام بتوضيح هذا البعد وأهميته وأسبابه.

فالمرشد مهمته.. أن يقوم بواجب المواساة والعلاج الجماعي وغيره، وأن من حق المسلم على المسلم أن يواسيه ويشاركه في السراء والضراء.

فنحن بحاجة إلى هذه الثقافة مع دراستنا في علم النفس، نستطيع أن نصل إلى هذه الاستراتيجيات التي أشرت إليها، وإن لم نتمكن، فالأجيال التي بعدنا، والتي نعلمها بأن يكون هناك توازن بين علم النفس والثقافة الإسلامية. الطبيب - الأخصائي النفسي أو العقلي عندما يستخدم ذلك مع «معالجه» لابد أن يؤهل ويكون هذا البعد واضحاً حتى نحقق ما نتمناه، ونأخذ الاستراتيجيات الغربية ونطورها ونستفيد منها.

وكما قلت إن فكرة التأصيل الإسلامي ليست علماً جديداً، إنما هو طريقة للبحث في المجتمع الإسلامي. وشكراً.

الدكتور رفقي:

هناك سؤالان، للدكتور كمال، والدكتور عبد الله:

هل نؤصل الإرشاد الغربي في الفكر الإسلامي؟ أي نبحث عن الجذور الإسلامية لما تمارسه المدارس الغربية، أم نبحث عن أساس وإطار ثابت في الفكر الإسلامي، لنبني عليه استراتيجيات وتقنيات؟ أم نبدأ باستراتيجيات وتقنيات ونحاول أن نضع جذوراً إسلامية. القضية الثانية بالنسبة للدكتور عبد الله، حيث أنه يتكلم عن التاريخ الأسري وكون هذا التاريخ عاملاً من عوامل الإصابة باضطرابات ما بعد الصدمة، نعتمد على البيئة في العلاج وهدفنا أصلاً من العلاج

مبني على مُسلَّمة أساسية أن البيئة سوف تصلح كافة الأشياء التي يمكن أن تفسدها الوراثة أو البيئة؟ وشكراً .

الدكتور كمال مرسي :

الإرشاد كعلم فرع من فروع علم النفس الحديث ، هذه هي القضية التي أمامنا ، والقول بأن نترك الموجود تماماً ونبحث في الفكر الإسلامي ،أمر غير مقبول ، فنحن مكلفون بأن نأخذ العلم من كل مصدر ،ما دام علماً يتفق مع ديننا وثقافتنا ، وما دام أنهم قد سبقونا علمياً فلماذا لا نستفيد من الأمور التي تطوروا فيها ، لكننا لا نقف غند هذا الحد ، نترك ما لا يفيد ونأخذ ما يفيد ، وهذا من الأهداف الأساسية كما يجب أيضاً أن نبحث في أعماقنا وثقافتنا وديننا وسيرة النبي ﷺ وقرآننا . . كل ما يهمنا في هذا الأمر أن نستفيد من كل الجوانب في علم النفس ، ونربطه بثقافتنا ، وأعتقد أنه سيعود ذلك بالفائدة الكبيرة على المسترشد ، وهذا هو المهم .

فكون أننا نطلع على الجذور فهذا أمر جيد ، وكون أننا نأخذ من الغرب ما يفيدنا في ثقافتنا ، هذا أمر جيد أيضاً ، فلنجمع بين الأمرين ، لأن التأصيل ليس فيه رفض لما توصل إليه علم النفس الحديث ، وليس فيه تمسك بما هو موجود في ثقافتنا حتى ولو كان لا يتناسب مع عصرنا الحاضر ، ولكن علينا أن ننتقي من هذا وذاك ،ونستفيد من الناحيتين . أطلب فقط ألا نقف عند الإرشاد الغربي لأن فيه ما هو مفيد وما هو غير مفيد وأيضاً أن نبحث في ثقافتنا فنأخذ منها ، فإذا جمعنا بين الحسنيين سيكون هذا طيباً وشكراً .

الدكتور عبد الله حمادي :

بالنسبة للعامل الأسري ، يمكن البحث حول : هل العامل الأسري له علاقة أولاً بالعلاج ، وهذا ما بينته في البحث : أن العامل الأسري ليس عاملاً سلبياً في تقدم الحالة أو تأخرها ، اطلعنا على الدراسات التي نشرت في هذا المجال ، لم نجد ما يثبت أو ينفي وجود عامل أسري إيجابي مع حالات «ما بعد الصدمة«- قد يؤخر أو يقلل من فترة علاجهم أو يؤثر على جلساتهم المحتاجين لها في العلاج النفسي أو حتى على نوعية هذا العلاج .

أنا معك في أن البيئة والأسرة هي أساس مرجعي ، ولكن بحثنا كان عن «التاريخ الأسري» ، ووجود عامل أسري هو للتشخيص في البداية ، ولكن لم نجد أن

وجود عامل أسري نفسي لأمراض نفسية يمكن أن يقلل أو يزيد من فرص شفاء المريض . . وشكراً .

مداخلة :

بسم الله الرحمن الرحيم ، الحقيقة أني سعدت بما عرض من البحوث الثلاثة ، ولي بعض الملاحظات على كل بحث .

في بحث د . إبراهيم الخليفي ، عرض كيف تم إجراء ثبات للأداة ، فعرض «الخمسين حالة على ثلاثة مرشدين نفسيين ، ٢٥ حالة على اثنين وذكر العلاقة بينهم ، كما ذكر أن ثبات الأداة عن طريق التشخيص ، وثبات التشخيص لا يغني عن ثبات الأداة ، ذلك أن ثبات التشخيص هو أحد الأدلة ولكنه لا يغني عن ثبات الأداة ، وهو ليس بديلاً عن إكمال الدراسة وإجراء بحث آخر عن ثبات الأداة ، خاصة أن في النتائج التي عرضها لاحظت تباين المرشدين النفسيين في الجدول في تشخيص المكونات التابعة للقياس أو الأداة .

وبالنسبة لبحث الدكتور كمال ، فقد سعدت بما عرض وقد استثارني في البداية ولكن بعد تعليق د . رفقي أوضح لنا كثيراً من الأمور لقد شعرت في البداية أن الدكتور كمال رفض كل ما هو غربي ، لكن العلم تراكمي وينبغي الاستفادة من مختلف مصادره ، كما أوضح ذلك الدكتور كمالي مرسي ، ونتمني له أن يزيد هذا الموضوع تطويراً وذلك بوضع أسس إسلامية لبرامج نفسية إرشادية .

أما بالنسبة لبحث الدكتور عبدالله : فالحقيقة أن أثر الأسرة على اضطراب الصدمات كما ذكر د .راشد قليل ، ربما يكون الأثر على الأمراض النفسية أو أمور أخرى ، لكن دراسة الأسرة تتطلب التعمق في بحث البناء النفسي للأسرة وأساليب التنشئة وأثرها في بناء شخصية الفرد ومدى تقبل الفرد لهذه الصدمات ، وأن التاريخ الأسري - كما ذكر بعض الزملاء - قد يقودنا إلى عامل الوراثة وما إلى ذلك ، لكنى أعتقد أن الصدمات ستبقى وقتية فحسب وليست مخططة فهي ليست مسؤولية الأسرة ، إنما مسؤولية البناء النفسي عند الإنسان . . مدى تقبله ومدى تحمله للصدمة وتأثره النفسي بهذه الصدمات ، كما ذكر أن الشخص قد تحدث له مصيبة ولا يتأثر ، وآخر قد يتأثر من أقل مشكلة ، فأعتقد أن هذا يرتبط بتكوين الشخصية أو البناء النفسي للإنسان . . وشكراً .

مداخلة :

للدكتور إبراهيم الخليفي :

بالنسبة للبحث الأول فيبدو أن الأخ السائل لم يكن متابعاً فجائية الصواب ، فنحن في البداية قمنا بعمل ثبات الأطباء النفسيين (٣) للبالغين ، (٢) للأطفال ، الغرض من هذا هو الحصول على معدل ثبات بين الأطباء النفسيين للمرحلة القادمة وهو ثبات الأداة .

بعد تطبيق هذا تم عرض ١٠٠ مريض الـ PTSD على الأخصائيين وطبقنا عليهم الأدوات ثم ١٠٠ مريض آخرين طبق عليهم الأدوات ثم عرضوا على الأخصائيين ، ونتيجة الاحصائية موجودة في الدليل .

الأمر الثاني – بالنسبة للتاريخ الأسري : فالصدمات ليست كلها وقتية ، جنود فيتنام أجري عليهم دراسة في المركز الوطني لعلاج ضغوط ما بعد الصدمة ، وله فروع في أكثر من ولاية – أجريت الدراسة لمدة ثلاث سنوات ، وقد بينت الدراسة أن بعد عشرين سنة وبعد إطلاق سراح الأسرى من الجنود الأمريكيين في فيتنام وبعد انخراطهم في المجتمع أن ٢٧٪ منهم يعانون من هذه الضغوط وبعضهم لم يتلق علاجاً ، وإذا تركت هذه الفئة دون علاج يمكن أن تكون سبباً في تدمير المجتمع من خلال مشكلات العنف والإرهاب .

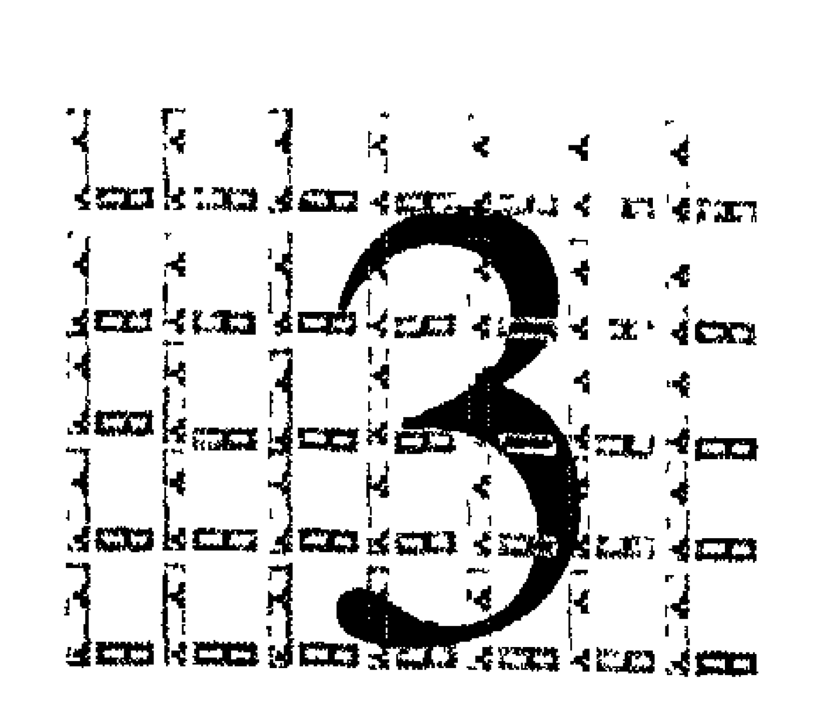
وبالنسبة للبناء النفسي للفرد : نحن لم نثبت أن هناك عاملاً وراثياً موجوداً في الـ PTSD ولم يثبت علمياً حتى ما نشر في عام ١٩٩٦ ، لكن البناء النفسي له دخل كبير في العامل الوراثي ، وهذا ما وجدناه في الأمراض النفسية الأخرى كالاكتئاب والقلق ، وربما أن ضغوط ما بعد الصدمة تعتبر كأحد الأمراض النفسية المعتمدة ، فلا يستبعد أن توجد نسبة مرجعها إلى البناء النفسي .

مداخلة من إحدى الحاضرات :

هناك ملاحظة في بحث د . كمال مرسي وهو خطأ مطبعي : (التصور الإسلامي) وليس (القصور الإسلامي) ، ملاحظة أخرى بالنسبة للتأصيل الإسلامي ، وهي أن هناك جانباً من الحالات التي ترد إلى المكتب – مشكلتها الحقيقية هي عدم فهمها للإسلام الفهم الصحيح وهو سبب يضاعف المعاناة ، وخصوصاً في قضية القضاء والقدر والاكتئاب ، وهم يعيشون المشكلة ويحتملونها على أنها إرادة الله فيمنعهم ذلك من اللجوء إلى المكتب . . وشكراً .



الجلسة الثالثة



العلاج بالواقع للمسترشد المسلم

رئيس الجلسة : د . أحمد جعفر

المتحدث الرئيسي : د . نورية الخرافي

البحث

مقدمة:

خلال إعدادي للدكتوراه بجامعة جورج واشنطن ، ودراستي لنظريات الإرشاد النفسي لفتت نظرية الاختيار (التحكم سابقاً) انتباهي أكثر من جميع النظريات التي درستها ، وانجذبت إليها كثيراً ، وذلك لما لاحظته من تطابق بين ما اشتملت عليه مفاهيمها الأساسية وأسلوب علاجها للمشاكل البشرية ، والمفاهيم التي جاء بها الدين الإسلامي قبل ١٤ قرناً من الزمان ، ووجدت أنها تتفق وأفكاري ومعتقداتي الشخصية ، وتوقعت أن هذا الأسلوب من العلاج سوف يؤتي بثمار طيبة مع المسترشدين من أهل بلدي أكثر من أي أسلوب آخر من أساليب العلاج النفسي ، خاصة إذا ما تم المزج بين إجراءاته والتعاليم الإسلامية ، من خلال توظيف الآيات القرآنية المناسبة ، أثناء الجلسات الإرشادية ، وذلك لاعتقادي التام ، بأن الإرشاد النفسي يكتسب قوة ، ويصبح أكثر فعالية إذا أخذت معتقدات المسترشد الدينية ومفاهيمه وثقافته وتقاليده وعاداته بعين الإعتبار .

وفيما يلي نبذة تاريخية عن نشأة هذا الأسلوب العلاجي ، وبعض مفاهيمه ، وإجراءاته العلاجية ، ومدى تطابقه مع

المفاهيم الإسلامية وفلسفة الحياة في الإسلام .

نبذة تاريخية:

نشأ وليام جلاسر مؤسس مدرسة العلاج بالواقع في مدينة كليفلاند بولاية أوهايو الأمريكية ، حصل على بكالوريوس الهندسة الميكانيكية ، التي اكتشف فيما بعد أنها لا تتفق مع ميوله ، فعاد وحصل على الماجستير في علم النفس الإكلينيكي ، ثم على الدكتوراه في الطب النفسي من جامعة كيس ويسترن ري زرف-(Case Western Re-serve Universit) ، وخلال السنة الأخيرة من دراسته ، ولغرض استكمال متطلبات الدراسة ، انتقل إلى جامعة كاليفورنيا في لوس أنجلوس ، وعمل في إدارة المستشفى العسكري ، حيث لاحظ أن تحسن المرضى من خلال علاجهم بالأسلوب التقليدي (التحليل النفسي) بطيء ،وأنه خلال السنة الواحدة لا يغادر المستشفى سوى مريضين اثنين . لذا قرر أن يجرب نوعاً آخر من العلاج ، ونال قراره هذا تأييد رئيسه في المستشفى د . هارنتجتون ، في الوقت الذي عارضه زملاؤه في الجامعة ، ولعله لهذا السبب لم يُعرض عليه أي مركز للتدريس في الجامعة المذكورة بعد أن استكمل فيها دراسته . وبعد تعيينه رئيساً للأطباء النفسيين المشرفين على الأحداث الجانحين من الإناث في ولاية كاليفورنيا سنحت له الفرصة لتنفيذ الفكرة التي بدأها وطورها في المستشفى العسكري في لوس أنجلوس .

تتركز فكرة جلاسر في العلاج حول تعليم المسترشد كيفية التصرف السليم وتحمل المسؤولية ، مع التقليل من استعمال العقاب ، وقد أتى علاجه هذا بنتائج طيبة إذ انخفض الانتكاس ، أو العودة إلى الإجرام بنسبة ٢٠٪ . أما في المستشفى العسكري فقد نجح هذا الأسلوب مع ما يقارب من ٢٠٠ مريض ومنتكس ، وهذا إن دل على شيء فإنما يدل على أن العلاج من خلال أسلوبه الجديد وصل إلى درجة كبيرة من النجاح .

بدأ جلاسر أسلوبه الجديد في العلاج عام ١٩٦٢ ، وهذا الأسلوب في العلاج يقوم على الاعتقاد بأن العلاج النفسي بالطريقة الكلاسيكية (التحليل النفسي) التي تفترض أن جذور المشكلة أو المرض

تمتد إلى السنوات الأولى من عمر الإنسان ، هذا الاعتقاد مبني على افتراض خاطئ ، إذ يمنح المسترشد فرصة لتحاشي مسؤولية تصرفه الحاضر ، لذا فقد ركز على تصرف وسلوك المسترشد في الوقت الحاضر أكثر من التركيز على ما مر به من أحداث في الماضي البعيد ، ولا يعني هذا أن جلاسر يتجاهل الماضي كليةً ، وإنما تركيزه على الماضي يكون فقط في حالة اتصاله المباشر بالمشكلة الحالية . (George & Cristiani, 1981) .

يقول جلاسر : (هناك ثلاثة أمور لا يمكن للشخص أن يسيطر عليها هي :(١) الماضي ، (٢) الناس والأحداث من حولنا ، (٣) الجينات التي يولد بها الشخص) . وركز على ضرورة تحمل الشخص مسؤولية تصرفه ، والقدره على تحمل المسؤولية من وجهة نظره هي التي تجلب السعادة التي تتحقق من خلالها الصحة النفسية ، وفي عام ١٩٦٥ أسس معهد العلاج بالواقع لتدريس المتخصصين في الخدمات الإنسانية وتدريبهم على استخدام أسلوبه في الإرشاد سواء كان الإرشاد فردياً أو جماعياً .

إن المتمعن في أفكاره ومفاهيمه التي يعارض بها مدرسة التحليل النفسي في عدم قبوله حديث المسترشد عن الماضي والتركيز على الحاضر ، لا يخفى عليه مدى اتفاقها مع قول المولى عز وجل في الآيتين (١٤ – ١٥ من سورة القيامة **﴿بل الإنسان على نفسه بصيرة . ولو ألقى معاذيره﴾** وفي تفسير ابن كثير (١٩٨٩) ، المعاذير تعنى الحجج ، ولو ألقى معاذيره ، تعني ولو جادل عنها فهو بصير عليها . والآية (٣٥ في سورة الأنبياء) **﴿ونبلوكم بالخير والشر فتنة وإلينا ترجعون﴾** . تعليقاً على هذه الآية يذكر نجاتي (١٩٩٣ ، ص٢٧٥) في كتابه القرآن وعلم النفس (والمؤمن الصادق الإيمان لا يجتر أحزانه ، ولا يعيش مهموماً بذكريات الماضي ، ولا يتحسر على ما فاته) ، وهنا لا يفوتني أن أشير إلى سؤال عمر بن الخطاب رضي الله عنه الرسول ﷺ إن كان الله سيغفر له وأد إحدى بناته أيام جاهليته ، فرد عليه الرسول ﷺ بقوله «الإسلام يجبُّ ما قبله» أما فيما يتعلق بنظرية المثير والاستجابة التي تحدث عنها السلوكيون فهي أيضاً نظرية يرفضها جلاسر ، ولا يركن إليها إطلاقاً ، إذ يعتقد

اعتقاداً راسخاً أنه لا سيطرة لمخلوق على الآخر ، وأن سيطرة الإنسان فقط على تصرفاته هو لذا اعترض بشدة على المدرسة السلوكية التي تلقي باللائمة على البيئة التي يعيش فيها الشخص ، وكرر في أكثر من موضع في كتاباته ومحاضراته ، أن المشكلة لا تكمن في بيئة الفرد ، وإنما تكمن في استجابته الداخلية لما يحصل حوله من أحداث على أساسها يتحدد سلوكه بمحض إرادته ، لا إرادة غيره ، وهنا يجدر بنا أن نتوقف قليلاً لنتمعن في الحوار الذي يدور يوم القيامة بين إبليس ومن اتبعه في الدنيا ، الذي يؤكد حقيقة واحدة وهي أن تصرفات الشخص في الحياة الدنيا تتم فعلاً بناء على استجاباتهم الشخصية لا بسبب ما يوجد في البيئة من مثيرات وإغراءات . **﴿وقال الشيطان لما قضى الأمر إن الله وعدكم وعد الحق ووعدتكم فأخلفتكم وما كان لي عليكم من سلطان إلا أن دعوتكم فاستجبتم لي فلا تلوموني ولوموا أنفسكم ما أنا بمصرخكم وما أنتم بمصرخي إني كفرت بما أشركتمون من قبل إن الظالمين لهم عذاب أليم﴾** (إبراهيم ،٢٢) وقد استمر جلاسر في نقده السليط والحاد لأنواع العلاج التقليدي (التحليل النفسي ، والسلوكي) الأمر الذي زاد في بعده عن مؤسسات الصحة العقلية وأساليبهم التقليدية في التشخيص والعلاج .

المفاهيم الأساسية :

يرتكز العلاج بالواقع على نظرية الاختيار (التحكم سابقاً) التي تؤكد أن للبشر حاجات أساسية هامة ، نفسية وجسمية ، وقد يختلف العلماء في تسميتها ولكن أهمها ، حاجة الإنسان إلى الحب والانتماء ، والشعور بقيمته بالنسبة لنفسه ولغيره ، وهو يعني هنا أن كل فرد بحاجة لأن يحب وأن يُحب ، وأن يكون هناك شخص واحدٌ على الأقل في حياته يشعر بالانتماء إليه وبقيمته بالنسبة له ، (Glasser, 1965)وأن الإنسان عندما يمنح الحب ويتلقاه ويشعر بقيمته بالنسبة لنفسه وبالنسبة لجماعته فإن تصرفه بناء عليه يكون سليماً وأخلاقياً ، أو كما أطلق عليه جلاسر هاتين الأساسيتين في حاجة نفسية واحدة أطلق عليها (الذاتية أو الهوية الشخصية) (Identity) والتي يعتبرها متطلباً أساسياً لجميع البشر

(Glasser & Zunin 1973) كما ركز على أربع حاجات اعتبرها أيضاً أساسية في حياة البشر هي :

١- الحاجة إلى الحرية والاستقلال .

٢ - القوة والإنجاز .

٣ - المتعة والمرح .

٤ - الحاجات الفسيولوجية .

وشبه الحاجات الخمس بأرجل الكرسي وقاعدته فإذا نقصت واحدة منها اختل توازن الإنسان .

ولكي يتمكن الناس من تحقيق حاجاتهم الأساسية لابد لهم من تعلم ما هو الصح (Right) وما هي المسؤولية (Responsibility) ، وأن يفهموا ويتعلموا كيف يواجهون الواقع من حولهم (Reality) هذه الكلمات الثلاث هي التي أطلق عليها (The 3 R's) هذا التعلم لا يتحقق للفرد إلا من خلال اندماجه منذ الصغر في أشخاص يقدرون المسؤولية ويشعر بحبهم وأهميتهم بالنسبة له كالوالدين وبقية أفراد الأسرة ممن يشكلون أهمية كبيرة بالنسبة للطفل ، الأمر الذي يؤدي إلى تكوين هوية شخصية ناجحة (Success Identity) التي يعتبرها جلاسر مرادفة للصحة النفسية (Hansen, Stevic, & Warner, 1977) .

نمو الشخصية:

ينتمي جلاسر إلى المدرسة العقلانية ، وينظر إلى البشر نظرة إيجابية ، بأن لديهم القدرة على الاختيار الأمثل ، الذي يحقق لهم السعادة ، ويعتقد اعتقاداً راسخاً أن قرار كل إنسان بيده ، وبناءً عليه فهو يعتبر الإنسان مسؤولاً مسؤولية تامة عن تصرفاته وعن صحته النفسية ، التي تتحقق من خلال تصرفاته المسؤلة ، وتعتل من خلال تصرفاته اللامسؤولة ، لذا فهو يعتقد أن نظريته وأسلوب علاجه لا يصلح من مرضى الصحة العقلية ، كما أنه لا يؤمن بالمرض النفسي ، وإنما يعتقد أن هناك إنساناً مسؤولاً وآخر غير مسؤول ، وتصرفاً مسؤولاً وتصرفاً غير مسؤول ، فالإنسان المسؤول يتصرف بطريقة صحيحة (تصرف مسؤول) تجلب له السعادة ، والإنسان غير المسؤول يتصرف بطريقة خاطئة (تصرف غير مسئول) تجلب له التعاسة ، ويقول في

عام ١٩٧٦ «قليل منا يدرك كيف يختار التعاسة لنفسه» .

إن الدين الإسلامي ، دين عقل ، يرفع الحرج عن المجنون والمعتوه ، يقول رسول الله ﷺ «**رفع القلم عن ثلاثة منهم المجنون حتى يفيق**» ويقول أيضاً «إذا أخذ ما أوهب سقط ما أوجب» ، ويخاطب كتاب الله أصحاب العقول المدركة ، وذوي الألباب﴿ **إن في خلق السموات والأرض واختلاف الليل والنهار لآيات لأولي الألباب**﴾(آل عمران :١٩٠) ، ﴿**قل هل يستوى الأعمى والبصير أفلا تتفكرون**﴾ (الأنعام :٥٠) ﴿**وهو الذى جعل لكم النجوم لتهتدوا بها في ظلمات البر والبحر قد فصلنا الآيات لقوم يعلمون**﴾ (الأنعام :٩٧)﴿ **وهو الذى خلقكم من نفس واحدة قد فصلنا الآيات لقوم يفقهون**﴾(الأنعام :٩٨) ﴿**ولنبينه لقوم يعلمون**﴾(الأنعام :١٠٥) ﴿**كذلك نفصل الآيات لقوم يتفكرون**﴾ (يونس :٢٤) هذه الآيات وغيرها كثيرة تخاطب ذوى العقول السليمة المدركة .

لم يزود الله عز وجل الإنسان بالعقل من دون سائر المخلوقات عبثاً ، وإنما زوده به لكي يفرق الإنسان بين الحق والباطل وبين الخير والشر ، وبين الظلمات والنور ، وليتمكن من حل الصراع الذي غالباً ما ينتاب النفس البشرية نتيجة الغرائز والإمكانات التي أوجدها الله عز وجل فيها ، والإغراءات الكثيرة المحيطة به وأعطاه مع العقل حرية الاختيار ، إن فكرة المسؤولية الكاملة عن السلوك والحرية في اتخاذ القرار هما المعيار الذي تترتب على أساسه سعادة الإنسان أو تعاسته في دار القرار ، ﴿**فأما الذين شقوا ففي النار لهم فيها زفيرٌ وشهيق**﴾ (هود :١٠٦) ﴿ **وأما الذين سُعدوا ففي الجنة خالدين فيها**﴾ (هود :١٠٨) وقد نوه الله سبحانه وتعالى عن حرية الفرد في اتخاذ قراراته في مواضع كثيرة من آيات القرآن الكريم منها : ﴿**لا إكراه في الدين قد تبين الرشد من الغي**﴾ (البقرة :٢٥٦) ، ﴿**فأما من طغى وآثر الحياة الدنيا فإنَّ الجحيم هي المأوى ، وأما من خاف مقام ربه ونهى النفس عن الهوى فإن الجنة هي المأوى**﴾ (النازعات :٣٧-٤١) ، ﴿**ونفس وما سواها فألهمها فجورها وتقواها ، قد أفلح من زكاها وقد خاب من دساها**﴾ . (الشمس :٧-١٠) ﴿ **وهديناه**

النجـــدين﴾ (البلد :١٠) ﴿وقل الحق من ربكم فمن شاء فليؤمن ومن شاء فليكفر﴾ (الكهف :٢٩) ، ﴿من يعمل سوءاً يجز به ولا يجد له من دون الله ولياً ولا نصيراً ، ومن يعمل من الصالحات من ذكر أو أنثى وهو مـــؤمن فـــأولئك يدخلون الجنة﴾ (النساء :١٢٣-١٢٤) ، فالإنسان المسلم إذن مسؤول عن تصرفاته وسلوكه وصحته النفسية مسؤولية كاملة ، وسعادته أو تعاسته في الدنيا والآخرة من صنع يده .

تنحـــصـــر نظرة جـــلاســـر إلى نمو الشخصية السوية في كيفية تعلم الفرد لأن يُحقق رغباته وحاجاته بكفاءة ، والدرجة التي يستطيع من خلالها تحقيق رغباته هي التي تحدد ما إذا كان قادراً على السلوك بطريقة مناسبة وسليمة أم لا . والأشخاص الذين يتمكنون من تحقيق رغباتهم بكفاءة هم القادرون على تحمل المسؤولية ، والتصرف بصورة سليمة يقود إلى الراحة النفسية ، وتحقيق الحاجات دون حرمان الآخرين من إشباع حاجاتهم ، هو الذى يؤدى إلى تكوين شخصية ناجحة ، أما الذين لا يستطيعون ذلك فهم أفراد غير قادرين على تحمل المسؤولية ، ويتصرفون بطريقة غير سليمة تنتهي بالفرد إلى تكوين شخصية فاشلة تسبب التعاسة له وربما لغيره أيضاً (Hansen, Stevic, & Warner, 1977) .

ويضيف إلى ذلك قوله ، إن القدرة على التصرف السليم لا توجد مع الإنسان بالفطرة ، وإنما تأتي عن طريق التعلم الذى يبدأ في مرحلة مبكرة من مراحل عمر الإنســـان ، أهمها المرحلة التي يبدأ الإنسان فيها بدخـــول المدرسة واكتساب مهارات اجتماعيـــة ولفـــظية وثقافية ، وذلك عن طريق والدين يشـــعـــران بالمســـؤوليـــة ويقدرانها ، ولديهما القدرة علـــى منـــح الحـــب ، وتعليم أطفـــالهم وتأديبـــهم وإشعارهم بقيمهم كأفراد ، ولديهـــم القـــدرة أيضاً على أن يكونا قدوة حسنة لـــهـــم (Hansen, Stevic, & Warner, 1977) .

إن ما ذكره جلاسر عن التربية السليمة والقدوة الحسنة يعتبرهما الدين الإسلامي حقاً من حقوق الطفل ، ففيما يتعلق بالتربية السليمة ، فإن رسول الله ﷺ يقول «**كل مولود يولد على الفطرة ، وإنما والداه**

يهودانه أو يمجسانه أو ينصرانه» ويقول أيضاً **«ما نحل والدٌ ولداً من نحلٍ أفضل من أدب حسن»** وفي حديث ثالث قال **«لأن يؤدب الرجل ولده خير من أن يتصدق بصاع»** ، وفيما يتعلق بتربية البنات فقد ركز عليها ﷺ في أحاديث كثيرة منها **«ما من مسلم له ابنتان فيحسن إليهما ما صحبتاه أو صحبهما إلا أدخله الله الجنة»** وفي حديث آخر قال **«من سعى على ثلاث بنات فهو في الجنة وكان له أجر مجاهد في سبيل الله قائماً صائماً»** هذه الأحاديث وغيرها كثيرة كلها تعاليم إسلامية في كيفية التنشئة الإسلامية السليمة التي تتحقق من خلالها سعادة الطفل دنيا وآخرة ، أما عن القدوة الحسنة فإنه من القواعد المعروفة في التربية الإسلامية أن يكون المربون قدوة حسنة ، لذا فمن باب أولى أن يكون الوالدان قدوة حسنة للطفل ، يقول المولى عز وجل في كتابه العزيز **﴿ولكم في رسول الله أسوة حسنة لمن كان يرجو الله واليوم الآخر وذكر الله كثيراً﴾** (الأحزاب : ٢١) ، كان الخلفاء والولاة المسلمون يوصون معلمي أطفالهم بأن يكونوا قدوة حسنة لهم ، وخير دليل على ذلك ما كتبه عمرو بن عتبة لمعلم ولده «ليكن إصلاحك لولدي إصلاحك لنفسك ، فإن عيونهم معقودة بعينك ،فالحسن عندهم ما صنعت والقبيح ما تركت» (محمد ،١٩٩١) .

أهداف العلاج :

من أهم الأهداف التي ينشدها جلاسر في العلاج بالواقع هي :

١- مساعدة المسترشد على التخلص من المشكلات السلوكية أو الانفعالية أو النفسية بالإضافة إلى مساعدته في اتخاذ القرار .

٢ - التركيز على الوقاية من السلوك الشاذ (Aberrant Behavior) أكثر من علاجه (Stefflre, Burks , 1979) وهذا الهدف لا يبتعد كثيراً عن تعاليم الدين الإسلامي السامية التي تهدف إلى وقاية المسلم من الضرر قبل وقوعه ، يقول المولى عز وجل **﴿يأيها الذين آمنوا أنفقوا مما رزقناكم من قبل أن يأتي يوم لا بيع فيه ولا خلة ولا شفاعة﴾** (البقرة :٢٥٤) ويقول أيضاً **﴿فاتقوا النار التي وقودها الناس والحجارة﴾** (التحريم :٦) واتقاء نار جهنم لا يتحقق سوى بالعمل

الصالح في الحياة الدنيا ، والذي يندرج تحته التصرف الذي أطلق عليه جلاسر (التصرف المسؤول) كما أن هناك قاعدة شرعية في الإسلام تقول (درء المفسدة خيرٌ من جلب المنفعة)

التشخيص :

يرى جلاسر أن في التشخيص ضرراً أخفه ضياع للوقت ، وأسوأه تدمير نفسية المسترشد إذ أنه يضع عنواناً لتصرف المسترشد قد يأخذ صفة الديمومة (George & Cristiani, 1981) ولذلك كله يرفض جلاسر فكرة الاختبارات النفسية .

أسلوب العلاج :

يهتم جلاسر كثيراً بإنشاء علاقة دافئة مع المسترشد ويسعى إلى تفهم أفكاره وأسلوب تصرفه في الوقت الحاضر ، ويرتكز محور علاجه في إعطاء المسترشد فكرة أو الإيحاء إليه بأن لديه القدرة على التصرف السليم وتحمل المسؤولية ، ومع مسار العملية التوجيهية يوضح للمسترشد أن التوجيه وحده لا يجلب السعادة للبشر ، وإنما السعادة لا تتحقق إلا من خلال تصرفهم السليم .

كما أن مصدر المشكلة أو أسبابها لا يشكل أهمية بالنسبة له ، فالعلاج عنده واحد لجميع المشاكل ، وهو يتركز في تغيير التصرف الحاضر غير المجدي والذي يسبب التعاسة لكي يستبدل به تصرف أكثر جدوى تتحقق من خلاله راحة الفرد النفسية .

كما يؤكد على أهمية إشراك المسترشد في عملية التوجيه ، والتركيز على التصرف الحاضر أكثر من التركيز على الشعور والوجدان ، ومساعدة المسترشد على تقييم تصرفاته في الوقت الحاضر مع التأكيد على عدم قبول الأعذار ، والحد من استعمال أسلوب العقاب . التخطيط والالتزام من قبل كل من المرشد والمسترشد يساعد على السّير قدماً في خطة العلاج .

عرض حالة :

طالبة جامعية في الثانية والعشرين من عمرها ، طلقها زوجها بعد فترة وجيزة من الزواج بسبب علاقة غير شرعية مع امرأة عراقية الجنسية ، حضرت إلى مكتبي ، وكانت في حالة عدم اتزان نفسي ، مكتئبة وبائسة وفاقدة القدرة على النوم ليلاً ، متعثرة في دراستها ، شعرت من خلال

كلامها أثناء الجلسات أنها لاتزال تحب مطلقها على الرغم من إساءة معاملته لها أثناء الزواج بل وبعد الطلاق ، ذلك أنه منذ الأسبوع الأول لزواجهما أخبرها بعلاقته بالمرأة الأخرى ، وكان كثير المقارنة بينها (الزوجة) وبين الأخرى التي على الرغم من وصفه لها بعدم الأخلاق ، والدمامة بالمقارنة بالزوجة ، إلا أنه على حد قوله يحبها ولا يستطيع الاستغناء عنها ، وكان كثيراً ما يترك الزوجة في المنزل ويخرج مع الأخرى ، بعد أن يخبرها بخروجه معها .

بعد الطلاق كان يكثر من الاتصال بمطلقته تلفونياً ، يبثها شوقه لها وألمه ، وندمه لطلاقه لها ، وعندما تعرض هي عليه فكرة إرجاعها إلى عصمته ، كان يعتذر بعدم تمكنه من ذلك على الرغم من عدم زواجه بغيرها ، وعدم وجود أي عقبات تقف في طريقهما ، وكان يطلب منها بعد كل مكالمة تلفونية أن تبقي أمر مكالماته لها في طي الكتمان ، ومضت سنتان على طلاقها .

إجراءات الإرشاد :

بدأت جلساتي الإرشادية معها بأن وفّرتُ لها - على قدر المستطاع - جواً إرشادياً يتسم بالدفء والراحة ، ويوحي بالثقة ، مستخدمة إجراءات العلاج بالواقع ، التي تتمثل في تحديد الرغبات (Wants) واستعراض السلوك الحاضر (Doing) ، ثم تقييم السلوك الحالي (Evaluation)وأخيراً وضع خطة لتغيير السلوك (Planning) (Wubbolding, 1990) مدعمة كلامي على قدر المستطاع بآيات قرآنية مناسبة ، خاصة فيما يتعلق بتقييم السلوك الحاضر ، واتخاذ القرار .

سألتها عن رغبتها وماذا تريد؟ وقد بدا الإجهاد واضحاً على ملامحها من قلة النوم والآلام النفسية ، ودمعة تخنق صوتها وتكاد تفر من عينيها . قالت : ليس بإمكاني التركيز في الدراسة أو حتى الاستيقاظ صباحاً لحضور المحاضرات لعدم قدرتي على النوم ليلاً ، ولهذا السبب لم أتمكن من اجتياز الكثير من الامتحانات ، الأمر الذي تسبب في توجيه إنذار لي بالفصل من الجامعة ، أريد أن أرتاح . إن السبب في عدم راحتي هو زوجي السابق ، كانت تلومه لشعورها بالتعاسة ، (لو بس يبطل تلفونات أكون بخير) وفي نفس الوقت كانت تجد الأعذار والمبررات

لتصرفاته ، فهو مسكين مسحور ، سحرته العراقية ، أنا وهو ضحيتها ، كما اتضح من كلامها أن حالتها النفسية كانت تحول بينها وبين اتخاذ قرار بخصوص الزواج بآخر .

استطاعت أن تتوصل من خلال مساعدتي لها على تقييم سلوكها الحاضر ، أن تكتشف بنفسها أن سبب تعاستها لا يرجع لكثرة اتصالات زوجها السابق بها ، وإنما لتجاوبها معه ، وطريقة تفكيرها التي كانت تغلب عليها الرغبة في عودته إليها . ذكرت لها بأننا جميعاً نتاج الماضي ولكن لا نصبح ضحاياه إلا إذا اخترنا أن نكون كذلك : **﴿كل نفس بما كسبت رهينة﴾** (المدثر :٣٨) وكل امرىء بما كسب رهين . . أما فيما يتعلق بالسحر فقد توصلت عن طريق المناقشة ومساعدتها على تقييم سلوكها إلى أنها مجرد أعذار تلتمسها له ، لأنها لا تزال تحبه على الرغم من إساءته المستمرة لها ، لأنه أول رجل في حياتها ، والله سبحانه وتعالى ، لا يقبل الأعذار عن التصرفات غير المنطقية بل الإنسان على نفسه بصيرة ولو ألقى معاذيره ، ذلك أن حبها له أضعفها لدرجة جعلتها لا تستطيع التفكير والتصرف بأسلوب منطقي يحفظ لها صحتها النفسية ، والرسول الكريم يقول «إن الله يحب المؤمن القوي» .

رسم خطة لتغيير الشعور :

أخبرتها أنه لكي تتغير مشاعرها إلى الأحسن ،وتنجح في دراستها وتبني لنفسها مستقبلاً أفضل ، لابد لها من أن تتحرك إلى الأمام ، وأن تغير من أسلوب تعاملها مع طليقها ، **﴿ذلك بأن الله لم يك مغيراً نعمة أنعمها على قوم حتى يغيروا ما بأنفسهم﴾** . (الأنفال :٥٣) ويقول الحق في موضع آخر : **﴿إن الله لا يغير ما بقوم حتى يغيروا ما بأنفسهم﴾** (الرعد :١٣) .

قالت : صحيح ولكن ، ماذا عن مكالماته المستمرة ، كيف أوقفها؟ (لو بس يبطل من نفسه)؟ لفت نظرها إلى آيات كثيرة وجهها الله سبحانه وتعالى لسيدنا محمد يخبره فيها بأنه لا سيطرة له على الناس ولا على سلوكياتهم وتصرفاتهم فالناس أحرار في اتخاذ قراراتهم : **﴿أرأيت من اتخذ إلهه هواه أفأنت تكون عليه وكيلاً﴾** (الفرقان :٤٣) **﴿أفأنت تكره الناس حتى يكونوا مؤمنين﴾** (يونس :٩٩) فالإنسان ليس له سيطرة على غيره وإنما

سيطرته على نفسه وتصرفاته : **﴿فذكر إنما أنت مذكر ، لست عليهم بمصيطر﴾** (الغاشية : ٢١ ٢٢) ذلك أن كل إنسان مسؤول عن تصرفه ، ثم دعوتها إلى التمعن في الحوار الذى يدور يوم الحساب بين الأقوياء والضعفاء : **﴿إذ تبرأ الذين اتُّبعوا من الذين اتَّبَعوا ورأوا العذابَ﴾** (البقرة :١٦٦) **﴿يقول الذين استضعفوا للذين استكبروا لولا أنتم لكنا مؤمنين ، قال الذين استكبروا للذين استضعفوا أنحن صددناكم عن الهدى بعد إذ جاءكم﴾** (سبأ :٣١-٣٢) .

قالت : هل بالإمكان أن أتغير أنا وما العمل؟ كان جوابي الأمر متروك لك وأنت صاحبة القرار الأول والأخير ، فالله سبحانه وتعالى لا يُكره الناس على أمر بل يترك القرار لهم بعد أن يُبصرّهم بما هو خيرٌ لهم ، لعلمه بقدرتهم على اتخاذ القرار الأصوب إذا حكَّموا عقولهم وأرادوا ذلك : **﴿ قد جاءكم بصائر من ربكم فمن أبصر فلنفسه ومن عمي فعليها﴾** (الأنعام :١٠٤) ويقول أيضاً : **﴿إنا هديناه السبيل إما شاكراً وإما كفوراً﴾** (الإنسان :٣) ثم طلبت منها أن تتخيل أين ترى نفسها بعد خمس أو عشر سنين إذا استمرت تقود حياتها بنفس الأسلوب؟ قالت باضطراب لا شيء قلت لها أين أنت من كلام الله سبحانه وتعالى حين يقول لخلقه : **﴿لمن شاء منكم أن يتقدم أو يتأخر﴾** (المدثر :٣٧)؟ هنا نشطت وقالت بكل قوة أنا فعلاً قادرة على أن أتغير ، وبإذن الله سوف أتقدم ، ولن أعطيه المجال لكي يحطم مستقبلي سأترك مكتبك وأنا إنسانة أخرى ، أنا فعلاً منذ هذه اللحظة تغيّرت .

اتفقنا على خطة رسمناها سوياً وكانت كما يلي :

١ - عدم الرد على الهاتف عندما يدق جرسه ، على أن تتولى شقيقتها التي تعلم بأمر مكالماته الرد عليه .

٢ - تحديد موعد مناسب للنوم ، بحيث يأخذ جسدها وذهنها قسطاً كافياً من الراحة .

٣ - التركيز في الوقت الحاضر على الدراسة ، والانشغال بمذاكرة الدروس ، وحضور المحاضرات والامتحانات في مواعيدها المحددة ، مع حياة اجتماعية معقولة بها شيء من المرح والترفيه .

طويلة الآجل :

صرف النظر كليةً عن زوجها السابق ، وإذا سنحت لها فرصة الزواج من رجل آخر فليكن اختيارها هذه المرة مبنياً على العقل والمنطق ، ويكفي أن تشعر تجاهه بشيء من الميل ، وأن تتم موافقتها بناء على دراسة متأنية متسمة بالوضوح ، ولا بأس من الاتصال به للتشاور في أمر الزوج الجديد .

النتيجة :

تخلصت من مطادرة زوجها السابق لها ، وتمكنت من حضور المحاضرات بدون انقطاع ، واجتياز امتحاناتها ، وفي الفصل الدراسي اللاحق مَنَّ الله عليها بالزواج ، برجلٍ آخر توافرت فيه من صفات الرجولة والحبِّ والإيثار ما عوضها عما لقيته من سوء معاملة زوجها السابق .

المـراجـع

المصادر والمراجع العربية:

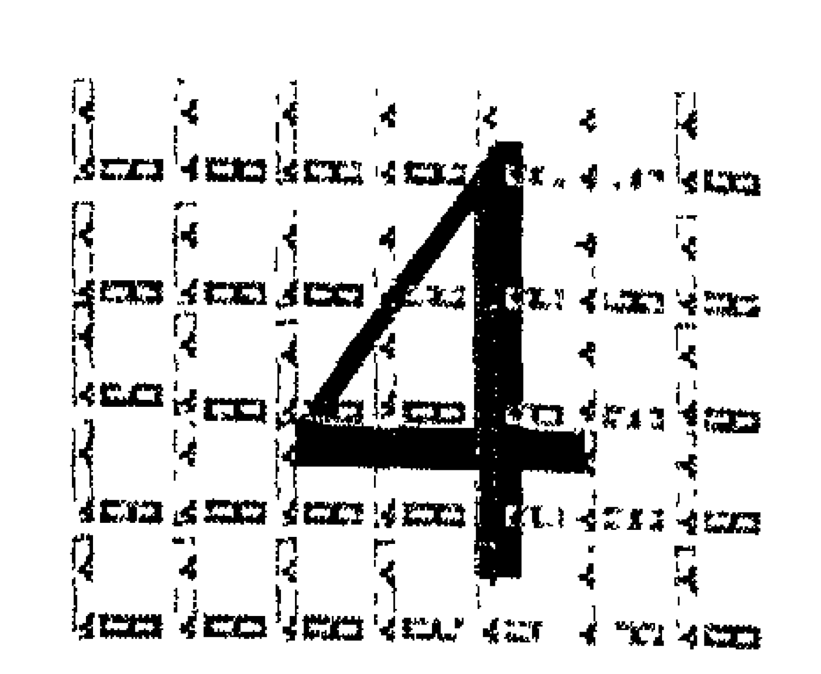
- القرآن الكريم .
- إبن كثير ، الحافظ أبي الفداء إسماعيل ، (١٩٨٩) تفسير القرآن الكريم ، ط٣ ، ج٤ ، دار المعرفة ، بيروت .
- محمد ، محمد عبدالجواد (١٩٩١) حماية الأمومة والطفولة في المواثيق الدولية والشرعية الإسلامية ، منشأة المعارف ، الاسكندرية .
- محمد ، محمد عبدالجواد (١٩٩٠) حقوق المرأة بين الإسلام والديانات الأخرى ، مكتبة مدبولي ، القاهرة .
- نجاتي ، محمد عثمان (١٩٩٣) القرآن وعلم النفس ، ط٥ ، دار الشروق ، القاهرة .

المصادر والمراجع الأجنبية :

- Burks, M., Jr., & Steffire, B. (1979) Theories of counseling, Printice Hall, Inc.: New York.
- George, R.L, &Cristiaini, T.S.(1981) Theory methods, & processes of counseling & psychotherapy. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice- Hall, Inc.
- Glasser, W. (1976) Positive addiction. Harper & row: New York,.
- Hansen, J.C., Stevic, R.R., & Warner, R.W.m Jr. (1977) Counseling theory & process. allyn & Bacon, Inc.: Boston.
- Wubbolding, Robert. E. (1990) Set of directions for putting & keeping yourself together, Real World Publications.



الجلسة الرابعة



أهم طرق التشخيص وأساليب علاج حالات إضطراب الضغوط "من واقع الخبرة الإكلينيكية"

رئيس الجلسة : د . أحمد جعفر

المتحدث الرئيسي : د . كاظم أبل

البحث

مقدمة:

هناك تنوع ملحوظ في وظائف ومسؤوليات المرشد النفسي داخل مؤسسات الصحة النفسية ، يجعل من الصعب جداً تحديد دوره بدقة ، وتكاد تكون السمة الغالبة على عمله في هذا المجال موزعة بين التقدير التشخيصي Diagnostic assessment والممارسة العلاجية ، ثم إجراءات الوقاية .

سويف وآخرون ، (١٩٨٥) يؤكدون أن هناك تزايداً في السنوات الأخيرة في أنواع العلاج الذي يقدمه المعالج النفسي ، وفي مدى انتشارها ، ويرجع هذا جزئياً إلى التسهيلات الواسعة المقدمة من أجل العلاج ، ولما مرت الكويت بمحنة الاحتلال العراقي في الفترة من ٢ أغسطس ١٩٩٠ إلى ٢٦ فبراير ١٩٩١م ، هذه الفترة التي اعتبرها معظم الباحثين موقفاً ضاغطاً وعصبياً ومفاجئاً انتقل فيه الشعب الكويتي من حالة الأمان التام إلى الاعتداء عليه وعلى وطنه ، حيث كان « الانفعال الحاد» هو الاستجابة التلقائية لأي مواطن داخل الكويت أو خارجها . . هذا الانفعال الذى يؤثر في تفكير الفرد فيمنعه من الاستمرار ، كما هو الحال في حالة الغضب أو يجعل التفكير بطيئاً كما هو الحال في حالات الحزن والاكتئاب ، كما يترتب عليه العديد

من المتغيرات الفسيولوجية ، مما يؤدي إلى حدوث تغيرات عضوية في الأنسجة ، وينشأ في هذه الحالة ما يسمى بالأمراض النفسية الجسمية أو السيكوسوماتية ، ومنها قرحة المعدة وارتفاع ضغط الدم ، (عكاشة، ١٩٧٥) .

وقد كشفت دراسات عديدة أجريت على عينات من المجتمع الكويتي عن أن معايشة خبرات الحرب تركت آثاراً نفسية لاتزال كامنة ، تفصح عن نفسها بين الحين والآخر .

(انظر درويش ١٩٩٢ ، القرشي ١٩٩٣ ، الأنصاري ١٩٩٥م) .

وباستعراض الدراسات العديدة التي أجريت في الفترة من ١٩٩١ حتى الآن يمكن حصر مجموعة الأعراض المرضية التي تتجمع معاً في مشكلة «اضطراب الضغوط التالية للصدمة» وتتلخص هذه الأعراض في :

- مشاعر القلق ، والخوف ، والغضب ، والتوتر ، والعنف ، والوحدة ، والعدوانية ، وعدم الاهتمام بالمستقبل ، والشعور بالذنب ، بالإضافة إلى عدم الاستقرار الانفعالي . (عبدالخالق ١٩٩٣ ، الأنصاري ١٩٩٥) .

إن كل الدراسات التي أجريت في فترة ما بعد التحرير حتى اليوم تجمع على أن الأشخاص الذين تعرضوا لأزمة أو صدمة الغزو ظهرت عليهم « أعراض اضطرابات الضغوط التاليةللصدمة» ، والتى تعد مؤشراً على اختلال الصحة النفسية - ولعلنا نشير إلى دراسة :

مكتب الإنماء الاجتماعي « القلق لدى الكويتيين بعد العدوان العراقي» . والتى انتهت بعد الغزو العراقي للكويت ، وكانت الفروق دالة عند مستوى ٠,٠٠١ ومن أهم نتائج هذه الدراسة أيضاً أن طالبات الجامعة كن أكثر معاناة من آثار الصدمة والمشقة ، انعكس ذلك في صورة قلق نفسي كاد يقترب من حدود المرض النفسي . (مكتب الإنماء الاجتماعي ، ١٩٩٥) .

٢ - مركز الرازي بين التشخيص والعلاج:

مركز الرازي هو أحد مراكز الاستشارات النفسية والعلاج بدولة الكويت ، بدأ العمل في هذا المركز في شهر إبريل عام ١٩٩٤ حتى اليوم - يضم المركز خمسة معالجين مؤهلين أكاديمياً في الإرشاد النفسي بأنواعه المختلفة .

قام المركز منذ إنشائه بتسجيل كامل للحالات المترددة طبقاً لأخلاقيات الإرشاد النفسي المعمول بها .

جدول رقم (١)

بيان بالأعداد والنسب المئوية للمترددين على مركز الرازي

في الفترة من إبريل ١٩٩٤ حتى يوليو ١٩٩٦

البيان	عدد الحالات	النسبة المئوية
الذكور الراشدون	٢٤٣	٣٩٪
الإناث الراشدات	٢٨٩	٤٦,٣٩٪
الأطفال الذكور	٥٣	٨,٥١٪
الأطفال الإناث	٣٨	٦,١٠٪
المجموع	٦٢٣	١٠٠٪

جدول رقم (٢)

بيان بالحالة الإجتماعية

أو المدنية لأفراد العينة الراشدين (الذكور، والإناث)

الحالة	ذكور		إناث	
	العدد	٪	العدد	٪
أعزب	٩٢	٣٧,٨٦	٩٣	٣٢,١٨
متزوج	١٢٨	٥٢,٦٧	١٣٧	٤٧,٤٠
مطلق	٢٣	٩,٤٦	٣٢	١١,٠٧
أرمل	--	--	١٧	٥,٨٨
غير مبين	--	--	١٠	٣,٤٧

جدول رقم (٣) يوضح المستوى التعليمي لأفراد العينة من المترددين والمترددات

المستوى التعليمي	ذكور		إناث	
	العدد	٪	العدد	٪
أمي	١٥	٦,١٧	٣٢	١١,٠٧
ابتدائي	١٦	٦,٥٨	١٩	٦,٥٧
متوسط	٥١	٢٠,٩٩	٢٩	١٠,٠٣
ثانوي	٥٧	٢٣,٤٦	٤٧	١٦,٢٦
دبلوم	٤٩	٢٠,١٦	٥٣	١٨,٢٣
جامعي	٥٥	٢٢,٦٣	١٠٩	٣٧,٧٢

جدول رقم (٤) يوضح المستوى المهني لكل من الذكور والإناث

المستوى المهني	ذكور		إناث	
	العدد	٪	العدد	٪
طالب/ طالبة	٦٢	٢٥,٥	٩٤	٣٢,٥
موظف/ موظفة	٨١	١	٣٥	٣
مدرس/ مدرسة	١٧	٣٣,٣	٢٩	١٢,١
رجل جيش أو شرطة	١٧	٣	٠٠	١
على المعاش	١٨	٦,٩٩	١١	١٠,٠
لا يعمل	٥	٦,٩٩	٠٠	٣
ربة بيت	٠٠	٧,٤١	٨٠	٠٠
العاملون/ العاملات	٤٣	٢,٠٦	٤٠	٣,٨١
في مهن متنوعة		٠٠		٠٠

– ويشير الجدول إلى ارتفاع نسبة الإناث الراشدات ، يليها الذكور الراشدون ، وهذه النتيجة تؤكد على أن أكثر المترددين على المركز من الذين عايشوا فترات الغزو والاحتلال . أما تزايد نسب الإناث المترددات فيؤكده تقرير مكتب الإنماء الصادر ١٩٩٥ ، والذى يشير إلى ارتفاع معدلات القلق لدى الإناث عنه لدى الذكور .

– وفي الجداول التالية نوضح بعض البيانات الديمجرافية المتعلقة بهذه العينة (عينة المترددين) :

– ونخرج من الجداول ٢ ، ٣ ، ٤ بالدلالات الآتية :–

١) إن فئة المتزوجين والمتزوجات هي أكثر الفئات إصابة باضطرابات الضغوط ، يليهم فئة أعزب ، وربما يكون السبب في ذلك هو كثرة وشدة الضغوط والمسؤوليات على المتزوجين .

٢) إن أعداد المترددين على المركز تتزايد وفقاً للمستوى التعليمي ، ولا فرق بين الذكور والإناث في ذلك ، فكلما ارتفع المستوى التعليمي ازداد الإحساس بالضغط ، والإحساس بالأزمة وأصبح مستبصراً بضرورة تلقي العلاج .

٣) إن فئة الموظفين هي أكثر الفئات تردداً على المركز ، يليهم الطلبة الذكور ، كما أن فئة الطالبات هي أكثر الفئات ترددا ، وهذه النتيجة لها أهمية بالغة عند حساب نسب الانتشار كما أن لها دلالة إكلينيكية مهمة ، وهي ضرورة إجراء مزيد من البحوث والمسوح لتشخيص حالات الاضطراب بين جمهور طالبات المدارس الثانوية والفنية والجامعة .

وينبغى أن نشير إلى حقيقة هامة وهي أن المركز المذكور استقبل ٦٢٣ حالة من المجتمع الكويتي في عامين وثلاثة شهور ، وكان من الممكن أن يتضاعف هذا العدد مرة ونصفاً لو حسبنا الفترة من أغسطس ١٩٩٠ حتى افتتاح المركز ليصل إلى ١٥٥٠ حالة تقريباً ، ولو حسبنا هذا العدد مضروباً في ثمانية مراكز بالكويت للوصول إلى ١٢٤٠٠ وإذا أسقطنا هذا العدد على جمهور المعرضين لاضطرابات الضغوط لوقفنا على العدد الكبير الذى يعاني من ضغوط ما بعد الأزمة خاصة وأن نسبة المصابين تصل إلى ٢,٠٧ في الجمهور العام على إطلاقه بما فيه الأسوياء والرضع

وحديثو الولادة ، والمصابون باضطرابات عضوية (٦٠٠٠٠٠) تعداد دولة الكويت .

٣) تشخيص حالات اضطراب الضغوط:

يهدف التشخيص إلى تصنيف الاضطراب تحت نوع معين أو في فئة معينة ، وذلك بناء على دراسة الأعراض وأسبابها والتغيرات التي طرأت عليها ، وبالتالي يمكن تقديم «العلاج المناسب» ، ولهذا الغرض تستخدم الاختبارات النفسية بأنواعها المختلفة لتحديد نواحي القصور ، ومظاهر سوء التوافق ، وتعتمد الاختبارات النفسية المختلفة على طرق تشخيصية مختلفة مثل :

- تحليل نموذج القدرات والاستعدادات .
- تحليل الجوانب المزاجية والانفعالية .
- تحليل تشتت الاستجابات .
- معدلات التناقض أو التدهور التي تقدمها بعض الاختبارات مثل مقياس وكسلر - بلفيو للذكاء .

إذن الهدف النهائي للتشخيص يتلخص في «تكوين صورة واضحة عن التكوين النفسي للفرد بحيث يمكن تقديم العلاج المناسب» .

من ناحية أخرى ، ينبغي أن نشير إلى أن التشخيص بالاختبارات النفسية لا يكفي إذ يجب أن نستخدم وسائل أخرى مصاحبة للاختبارات مثل المقابلة ، والملاحظة .

أهم وسائل التشخيص في مركز الرازي :

١ - المقابلة :

والمقابلة هنا هي« مقابلة جمع المعلومات» أي المقابلة كوسيلة لجمع المعلومات تمهيداً للتشخيص ، وتعرف المقابلة بأنها «علاقة اجتماعية مهنية ديناميكية وجهاً لوجه بين المرشد والعميل في جو نفسي آمن يسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين بهدف جمع معلومات من أجل حل مشكلة ، أي أنها علاقة فنية حساسة يتم فيها تفاعل اجتماعي هادف ، وتبادل معلومات وخبرات ومشاعر واتجاهات ويتم خلالها التساؤل عن كل شيء . وهي نشاط مهني هادف ، وليست محادثة عادية» . (زهران ، ١٩٨٠) .

وتستخدم المقابلة كوسيلة أساسية للوقوف على طبيعة المشكلة التي يعاني منها العميل ، وخبراته السابقة خاصة في الفترة الحرجة التي مر بها مجتمعنا إبان فترة العدوان .

- أي أننا نتبع أسلوب « المقابلة المتمركزة

حول العميل» حيث تترك المقابلة تحت تصرف العميل ، وينحصر عمل المرشد في تهيئة جو نفسي مناسب لمساعدة العميل في عرض مشكلته وملابساتها .

٢ - الملاحظة :

الملاحظة كما نعلم من أقدم وأكثر وسائل جمع المعلومات شيوعاً في الإرشاد النفسي ، وهي لذلك وسيلة أساسية وهامة ومورد خصب للحصول على معلومات عن سلوك العميل .

وغالباً ما تستخدم الملاحظة لتحقيق عدد من الأهداف مثل :

- تسجيل الحقائق التي تثبت أو تنفي فروضاً خاصة بسلوك العميل .
- تسجيل التغيرات التي تحدث في سلوك العميل خلال جلسات المقابلة والعلاج .
- تحديد العوامل التي تحرك العميل سلوكياً في مواقف وخبرات معينة .
- إصدار توصيات بشأن السلوك الملاحظ . (المرجع السابق) .

٣ - الاختبارات والمقاييس :

لا شك أن الاختبارات والمقاييس تعتبر من أهم وسائل جمع المعلومات التي يلجأ إليها المرشد النفسي عند التشخيص . وفي العمل الإرشادي المهني نقوم بإعداد بطاريات اختبارات نفسية ، يقوم أخصائي نفسي أو مرشد نفسي بتطبيق هذه الاختبارات ، وتصحيحها وتسجيل نتائجها ، بل وتفسير هذه النتائج طبقاً للمعايير المتاحة .

ومن أهم المقاييس التي تساهم في تشخيص الحالات المترددة على المركز ما يلي :

١ - مقياس وكسلر - يلفيو لقياس ذكاء الراشدين والمراهقين (WAITS)

٢ - مقياس وكسلر لذكاء الأطفال (WISC) .

ويستخدم مقياس وكسلر للمساهمة في رسم بروفيل أو خريطة لأداء الفرد العقلي أو المعرفي ، والوقوف على معدل التدهور العقلي إن وجد .

٣ - اختبار أيزنك لقياس سمات الشخصية للوقوف على مظاهر E P Q الاستعداد للمرض النفسي والعقلي ، والاستعداد للانبساط والانطواء ، والاندفاعية ، والكذب .

٤ - أما المقياس الأكثر ملاءمة والأكثر

استخداماً فهو «المسح السيكولوجي» (١) وهو المقياس الذى نعتمد عليه في التشخيص من خلال فحص درجات الفرد على المقاييس الفرعية المكونة له ، وهي على النحو التالي :

١ - مقياس الغربة (غ ب) :

الدرجة العالية على هذا المقياس ترتبط بحالات مرضية حادة مثلها في ذلك الشأن مثل المقاييس المشابهة في «اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه» ويشمل ذلك : احتمال وجود أفكار شاذة غير عادية ، فترات من القلق ، مشكلات مع الآخرين والشعور بالعزلة والغربة والوحدة ، إن بنود المقياس تعكس حالة تتميز بالحرمان من حياة عاطفية مرضية ، وسيطرة الشكوك والحساسية والقلق والشعور بعدم القبول لدى الآخرين ، وبالاغتراب ، والحرمان من التعبير العادي عن العاطفة والإحساس بعدم السيطرة على أحداث الحياة . (طه أمير ، حسن عيسى ، ١٩٨٩) .

٢ - مقياس التفرد الاجتماعي (ت أ) :

يمكن وصف الحاصلين على درجات عالية في هذا المقياس من واقع بنوده بأنهم لا يأبهون كثيراً بالقانون والتقاليد الاجتماعية ، ويعانون من مشكلات تتعلق بالانضباط ، والتعاسة ، ميالون إلى الاندفاعية والعدوان ، معجبون بذواتهم بسذاجة ، سريعون إلى ترجمة أفكارهم ، بل ونزواتهم إلى أفعال ، ويلقون اللوم على الآخرين عندما يصادفون مشكلات .

٣ - مقياس الضيق (ض ق) :

يمكن وصف الحاصلين على درجات عالية في هذا المقياس بأن لديهم قدراً عالياً من القلق الصريح وقابلية للانهيار العصابي تحت عبء الضغط النفسي .

٤ - مقياس التعبير (ت ع) :

يمكن وصف الحاصلين على درجات عالية في هذا المقياس من واقع بنوده بأنهم اجتماعيون ، غير متحفظين ، يميلون إلى أن يكونوا مسيطرين اجتماعياً ولفظياً ، منفتحين على الآخرين ، يستمتعون بالاستعراض والضجيج والإثارة والتجمعات ، كما لا يمكن الاعتماد عليهم أو التنبؤ بتصرفاتهم ، وتحكمهم النزوة ، وهم جهيرو الصوت ، ولديهم رغبة قوية في القيادة دون مبرر .

٥ - مقياس الدفاعية (د ف) :

جدول رقم (٥)

التكرارات والنسب المئوية والنسب الحرجة ودلالاتها لذوى الدرجات المرتفعة عن المتوسط في اختبار المسح السيكولوجي

المقاييس الفرعية	ذكور		إناث		النسبة الحرجة	الدلالة
	العدد	٪	العدد	٪		
مقياس الغربة	٤٠ *	٣٧,٠٣	*٣٧	٣١,٣٦	٠.٨٥	غير دالة
مقياس التفرد الإجتماعي	٣٧	٣٤,٢٦	٦١	٥١,٦٩	**٢,٤٩	دالة عند مستوى ٠,٠٥
مقياس الضيق	١٠٣	٩٥,٣٧	١١٥	٩٧,٤٦	٠,٨	غير دالة
مقياس التعبير	٢٠	١٨,٥٢	٩	٧,٦٣	٢,٣٠	دالة عند مستوى ٠,٠٥
مقياس الدفاعية	٨٠	٧٤,٠٧	٧٨	٦٦,١٠	١,٢٢	

الدرجة المرتفعة على هذا المقياس تشير إلى شخص ينكر قلقه وأنانيته ومسحة الاكتئاب البادية عليه ، وفي نفس الوقت يدعى الفضيلة والحماس للعمل والتسامح والحساسية تجاه احتياجات الآخرين .

– وينبغي أن نشير إلى أننا نقوم برسم بروفيل (تخطيط بياني) يساهم بدرجة كبيرة في تشخيص الحالة تمهيداً لتقديم العلاج الملائم .

– وفيما يلي بيان بالدرجات المرتفعة ذات الدلالة الإكلينيكية على مقياس المسح السيكولوجي لعينة من المترددين قوامها : ١٠٨ من الذكور ، ١١٨ من الإناث موزعين على الأعوام من ١٩٩٤ – ١٩٩٦ .

ويشير الجدول السابق إلى الحقائق التالية :

١ – لا يوجد أي فرق بين الذكور والإناث في مقاييس الغربة ، والضيق ، والدفاعية .

٢ – الفرق دال إحصائيا عند مستوى ٠,٠٥ بين الذكور والإناث في مقياس «التفرد الإجتماعي» وتشير النسب المئوية إلي أن الإناث لا تأبهن بالقانون والتقاليد الإجتماعية ، وتعانين من مشكلات تتعلق بالإنضباط والتعاسة ،

ومعجبات بأنفسهن بسذاجة ، كما يملن إلى إلقاء اللوم على الآخرين عندما تصادفن مشكلات .

٣ - كما كان الفرق دالا عند مستوى ٠,٠٥ بين الذكور والإناث في مقياس «التعبير» وتشير النسب الواردة في الجدول إلى أن الذكور اجتماعيون ، غير متحفظين ، يميلون إلى السيطرة اجتماعيا ولفظياً ، متفتحون على الآخرين ، كثيرو الاستعراض والضجيج ، ولا يمكن الاعتماد عليهم أو التنبؤ بتصرفاتهم ، تحكمهم النزوة ، أصواتهم مرتفعة ، ولديهم رغبة قوية في القيادة دون مبرر ، ويمكن إلقاء الضوء على هذه النتيجة جزئيات في ضوء «الدور الاجتماعي» Social Role المميز للجنس في المجتمع الكويتي .

٤ - **اضطرابات الضغوط من خلال الممارسة العلاجية :**

قمنا بحصر لأكثر اضطرابات الضغوط شيوعاً في المركز المذكور ، كما قمنا بإجراء مقابالات مع المعالجين الخمسة ، وكانت الاضطرابات على النحو التالي :

- الاكتئاب .
- المخاوف .
- عيوب النطق ، واضطراب الكلام (لجلجلة ، إبدال) .
- الوساوس .
- اضطرابات الشخصية .
- المشكلات الانفعالية .
- المشكلات السلوكية عند الأطفال .
- التأخر اللغوي .
- العجز عن التعلم .
- النشاط الزائد .
- التوحد .
- الصمت .
- القلق .

٥ - أهم أساليب العلاج الشائعة الاستخدام في مركز الرازي:

١ - التنويم المغناطيسي :

وهو أحد أنواع العلاج النفسي القديمة نسبياً ، والتى استخدمها «فرويد» في بدايات القرن الحالي في علاج حالات القلق والمخاوف والهستيريا ، وهو من الأساليب الفعالة في علاج اضطرابات الضغوط ، ويمارسه في المركز مرشد نفسي مؤهل ومدرب ويحمل عضوية جمعية التنويم المغناطيسي البريطانية .

وفي هذا النوع من العلاج تستخدم أدوات

وأجهزة الاسترخاء المساعدة في عملية التنويم ، ويمكننا تقدير كفاءة هذا الأسلوب في العلاج فيما يزيد على ٨٠٪ من الحالات .

٢ - العلاج المتمركز حول العميل :

وهو الأسلوب الذي ابتكره «روجرز» في منتصف هذا القرن ، وأثبت فاعلية في علاج بعض الاضطرابات النفسية والمشكلات الانفعالية ، وهذا الأسلوب يقوم على عدد من المسلمات النابعة من «نظرية الذات» - والتي ترى أن الخبرات التي لا تتسق مع الذات يتم إدراكها على أنها تهديد تصيب الفرد بالقلق والتوتر الذي يدعو إلى طلب العلاج - كما أن هذا الأسلوب كثيراً ما يستخدم في علاج حالات ما بعد الأزمات (الكوارث الطبيعية والصدمات والحروب) .

وقد أثبت هذا النوع من العلاج فاعلية في علاج بعض حالات سوء التوافق المدرسي والمهني والأسري ، وكفاءته محدودة إذا ما قورن بالعلاج بالتنويم ، والعلاج السلوكي والمعرفي .

٣ - العلاج السلوكي :

وهو أحدث أنواع العلاج النفسي الحديث ، والذى تبلور على يد «جوزيف ولبا» - والذى يعتمد اعتماداً كبيراً على مفاهيم «التعلم وقوانينه» المتعلقة بمحو العادة ، وإحلال العادة ، وتغييرها والذي ينظر إلى الاضطراب على أنه ارتباط خاطئ بين مثير واستجابة . بمعنى آخر تفسر السلوكية المشكلات بأنها أنماط من الاستجابات الخاطئة أو غير السوية المتعلمة بارتباطها بمثيرات منفردة ، ويحتفظ بها لفاعليتها في تجنب المواقف .

ويقوم العلاج السلوكي على خطوات أساسية هي على النحو التالي :

* التسكين المنظم عن طريق :

- خفض مدرج القلق .
- التعرض التدريجي لمصدر الاضطراب (إبراهيم ، ١٩٨٣) .

* ومن أهم أساليب العلاج السلوكي التي تستخدم في البيئة الكويتية من واقع الخبرة الإكلينيكية في العلاج :

- التخلص من الحساسية أو التسكين المنظم .
- الكف المتبادل .
- التعزيز الموجب .
- التعزيز السالب .
- الخبرة المنفرة .
- الانطفاء والممارسة .

هذا ، ويعتبر العلاج السلوكي من أكثر أنواع العلاج النفسي كفاءة في علاج اضطرابات القلق ، والمخاوف ، والوساوس . وقد أجريت دراسات عديدة للكشف عن كفاءة هذا الأسلوب . وانتهت

جميعها إلى أنه أفضل من العلاج التحليلي ، والعلاج المتمركز حول العميل ، والعلاج النفسي الجمعي (محاضرة غير منشورة ، جامعة القاهرة ، ١٩٩٠) .

– وتصل نسب التحسن من خلال استخدام العلاج السلوكي إلى ما يقارب ٨٠٪ من الحالات من ناحية أخرى تعتمد نسبة التحسن على دافعية العميل أو أسرته .

– وينبغي أن نشير إلى أن بعض المعالجين في المركز المذكور يستخدمون العلاج الإدراكي والعلاج المعرفي ، وإن كان هذان الأسلوبان يستخدمان على نطاق ضيق إذا ما قورنا بالأساليب الثلاثة السابقة .

٦ - دور المعالج النفسي في الوقاية : Prevention

يحتل المنهج الوقائي مكاناً في الإرشاد والعلاج النفسي ، ويطلق عليه أحياناً منهج «التحصين النفسي» ضد المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية ، وفي هذا الإطار أشارت مجموعة العمل المكلفة من قبل منظمة الصحة العالمية عام ١٩٧٣ لتحديد مهام المعالج النفسي إلى أنه سوف يلعب دوراً أكثر فعالية في المستقبل بالنسبة للوقاية .

– ففيما يختص بالوقاية في المستوى الأول (من الدرجة الأولى) سوف يكون عليه عبء القيام بمهمة صعبة هي تحسين نوعية الحياة بتعديل الظروف في المؤسسات الاجتماعية بالطريقة التي تصبح معها الإصابات الاجتماعية والنفسية أقل ما تكون .

– وفيما يتعلق بالوقاية من الدرجة الثانية ، فإن مهمة المعالج النفسي تشمل اكتشاف المجموعات البشرية المعرضة للاضطراب ، والبحث عن الأفراد ، والأسر المحتاجين إلى العون ، وهذه مهمة ينبغي أن ينهض بها المعالج نحوهم قبل أن تؤدي بهم الضغوط التي يتعرضون لها إلى مرض خطير .

– بالنسبة للوقاية من الدرجة الثالثة ، فإن الهدف منها هو توقي الانتكاسة والحيلولة دون إزمان المرض ، وتقليل دواعي البقاء بالمستشفى لوقت طويل .

* ومن فوق هذا المنبر أدعو جميع المعالجين إلى إعطاء الأولوية لإجراءات الوقاية بدرجاتها الثلاث للتقليل قدر الإمكان من اضطرابات الضغوط ، كما أدعوهم إلى التنويع في أساليب العلاج ما بين الأساليب الديناميكية والأساليب السلوكية .

المراجــع :

- إبراهيم ، عبد الستار ، (العلاج النفسي الحديث ، قوة الإنسان) ، القاهرة . مكتبة مدبولي ، ١٩٨٣م .
- أمير ، طة وعيسى ، حسن ، (إختبار المسح السيكولوجي ، الدليل) الكويت ، دار القلم ، ١٩٨٩م .
- القرشي ، عبد الفتاح ، (الضغوط التي تعرض لها الأطفال الكويتيون من خلال العدوان العراقي وعلاقتها بمدى توافقهم النفسي والاجتماعي) ، الكويت ، عالم الفكر ، ١٩٩٣ ، مجلد ٢٢ ، العدد الأول ، ص ص ٥٨ - ١٢٣ .
- الأنصاري ، بدر ، (دراسة عملية للحالات الانفعالية للشباب الجامعي في الكويت العدوان العراقي) ، بحث مقدم إلى المؤتمر الدولي الثاني عن الصحة النفسية في دولة الكويت ١ - ٤ إبريل ١٩٩٥م .
- درويش ، زين العابدين ، (أثر العدوان العراقي في الحالة النفسية للشباب الكويتي) ، الكويت ، المجلة العربية الإنسانية ، ١٩٩٢ ، العدد ٣٩ ص ص ٢٣٨ - ٢٧٤ .
- زهران ، حامد ، (التوجيه والإرشاد النفسي) ، القاهرة ، عالم الكتب ، الطبعة الثانية ، ١٩٨٠ .
- سويف ، مصطفى وآخرون ، (مرجع في علم النفس الإكلينيكي) ، القاهرة ، دار المعارف ، ١٩٨٥ .
- عبد الخالق ، أحمد ، (اضطرابات الضغوط التالية للصدمة) ، الكويت ، عالم الفكر ، ١٩٩٣ ، مجلد ٢٢ ، العدد الأول ص ص ١٥٤-١٩٧ .
- عكاشة ، أحمد ، (الطب النفسي المعاصر) ، القاهرة ، الأنجلو المصرية ، ١٩٩٢ .
- مجموعة من الباحثين ، (القلق لدى الكويتيين بعد العدوان العراقي) ، الكويت ، مكتب الإنماء الاجتماعي ١٩٩٥م .

المناقشة والتعقيب

بسم الله الرحمن الرحيم أولاً أنا أشكر كلاً من د . نورية الخرافي ، ود .كاظم أبل على هذه المحاضرة القيمة ، فأنا أعترف للدكتورة نورية بالفعل أني تعلمت هذا المساء ، وتعلمت أشياء الحقيقة ما خطر في بالي أني أجهلها ، فأنا أحب أن أؤكد أن العرض حقيقة كان جيداً وأن ربط «ريلتي ثربي» و«جوست» بقيمنا الإسلامية مساهمة فعالة ، وأقول لك إني تعلمت هذا المساء فأنا أود أن أشكرك وأشكر لك هذه المساهمة القيمة في مجال الإرشاد النفسي ، لقد أظهرت الحقيقة بالفعل مع هضم وفهم لهذه النظرية بأبعادها التي أعرفها بطريقة متقدمة جداً ، وأحب أن نهنئ أنفسنا في هذا المساء وأهنئك على هذا العرض ، وأحب أن أسجل عرفاني وشكري لكما .

تعقيب د . عبد الله الحمادي :

تعقيبي على د . كاظم أن الإحصائيات التي قدمها ما هي إلا تعميم على وضع المجتمع الكويتي من ناحية الضغوط في دراسة بودي أن أبينها في دراسة مسحية على الكويت بشكل كامل أخذنا فيها تقريباً ٦٠٠ أسرة وهي عينة عشوائية للمجتمع الكويتي طبقت في عام ١٩٩٣ ، تبين أنه لا يوجد فرق بين الذكور والإناث للضغوط الناتجة عن الصدمة ،وهناك دراسات أخرى كانت تدرس إن كان هناك مسببات هرمونية للضغوط وأخذت عينات للذكور والإناث ،وإن كان هناك هرمونات تزيد عند الإناث عن الذكور فلم نجد أي فروق بين الذكور والإناث ، وما نشر عن ضغوط ما بعد الصدمة في التقرير الإحصائي ، لم يكن هناك فروق بين الذكور والإناث في هذه القضية .

تعقيب د . عادل الخنساء :

شكراً سيدي الرئيس وشكراً للمحاضرين وشكراً لمكتب الإنماء الاجتماعي على هذه الحلقة النقاشية الثامنة وشكراً للحضور ، هناك مداخلتان للدكتورة نورية والدكتور أبل . بالنسبة للدكتورة نورية فهناك جزئيتان ، جزئية في الموضوع وأخرى في المنهج . في الموضوع وقعت الدكتورة من حيث لا تدري أو تدري في مطب المعادلة الناقصة على حساب المعادلة الكاملة ، وهناك فرق في أن تكون المعادلة كاملة أو تكون ناقصة . الفكرة الكاملة أو المعادلة الكاملة تحيط بالعنصرين أو بجميع أطراف المعادلة . واستشهدت د . نورية بآية من القرآن الكريم عن مسؤولية الشخص عن نفسه وبينت أن الشيطان تخلى عنه يوم القيامة ، طبعاً الشيطان عوقب لأنه عوقب سابقاً وسوف يعاقب لاحقاً عما فعله في المحيط الاجتماعي إذاً نقول إن المسؤولية الحقيقية تكمن في الإنسان + المحيط ، لو أعفينا من المسؤولية لأعفينا الفرد من المسؤولية ولأعفينا الاستعمار عما فعله في البلاد المستعمرة إذاً نقول : إن مسؤولية الإنسان كاملة عن نفسه مع مسؤولية المحيط أيضاً . وأنا أضرب مثلاً على ذلك بالمعادلة العكسية الطردية ، وقد تعلمنا ونحن صغار كلما زاد نمو الكائن عمرياً نقصت مسؤولية المجتمع وزادت مسؤولية الشخص ، ولكن تبقى المسؤولية مشتركة بينهما ، عندما يكون الطفل طفلاً تكون مسؤولية المحيط الاجتماعي ١٠٠٪ (الوالدان والمجتمع والقانون والتشريع وغيرهما) وإذا صار الطفل حدثاً تكون المسؤولية ٧٠٪ لهذا يعاقب في دار الأحداث كما تعلمون ، وتكون المسؤولية ٣٠٪ على المحيط وإذا صار شاباً تكون المسؤولية ٩٠٪ على الشخص وتكون المسؤولية ١٠٪ على المحيط الاجتماعي ثم بالأخير إذا صار رجلاً تكون المسؤولية ١٠٠ على الحدث وتكون المسؤولية صفراً على المحيط الاجتماعي . أريد إننا أقول أن لا نحذف أو نلغي المحيط الاجتماعي من المسؤولية حتى لا نلغي دور القوانين والوالدين والإعلام والقطاع الخاص والعام من المسؤولية . بالنسبة للمنهجية ، إذاً أنت قلت إن الإسلام سبق ذلك إذا كان الإسلام هو المبدع وكان غيره الآخر الأمريكي هو المقلد فترين أنت أن

كثيراً من النظريات أخذها الكثير من الأوربيين كانت أصولها العامة ترجع للفكر الإسلامي وكنت أتمنى أن تبنى هذه النظرية بدلاً من أن تؤخذ من أمريكي ، وتدحض نظرية الأمريكي ونقول له إن هذه النظرية ،نظريتنا وتكون باسم نظرية د . نورية الخرافي في الإرشاد النفسي .

بالنسبة للدكتور أبل لي عنده كذلك موضوع ومنهجية في الموضوع د .أبل كأنه ألغى معاهدة الوقاية والعلاج يقول عندنا حالات وكذلك نعالجها بمعنى أنه (١٠٠) حالة مرضية التي أنت عالجتها ستكون بعد مدة (٢٠٠) حالة على أساس ازدياد شهرين والحالات المرضية والتأثيرات ، إذن لماذا لم تدرس مشكلة الحالات المرشحة في المستقبل بمعنى أنه في عام ٩٦ عندنا ١٠٠ حالة وفي عام ٩٧ سيكون ٢٠٠ حالة وفي عام ٩٨ سيكون عندنا ٣٠٠ حالة وهكذا لماذا لا تفكرون أنتم باعتماد نظام معين أو توصيات أو غير ذلك يؤدي إلى أن تجعل ١٠٠ حالة إلى ٩٠ حالة والـ ٩٠ حالة إلى ٨٠ حالة ، بمعنى أنتم تفكرون بالحالات المرشحة للانحراف أو الأمراض النفسية .

تعقيب نورية الخالدي :

مراقب الخدمات النفسية والاجتماعية منطقة الجهراء التعليمية :

طبعاً في البداية صراحة أتقدم بالشكر الجزيل لمكتب الإنماء الاجتماعي ولحلقته النقاشية الثامنة وبالنسبة للدكتورة نورية هي تعرضت لدراسة الحالة وتشخيص الحالة ووضع العلاج للحالة وهذه الحالة تعتبر الحالة الوحيدة التي طبقت وإلا كان هناك العديد من الحالات التي استطاعت من خلال هذه الدراسة تطبيقها عن هذه النظرية ،يعني أنه من الممكن أن هناك ظروفاً خدمت هذه الحالة لكي تنجح أو تتطور لكن من الممكن أن يكون هناك بعض الظروف التي تجعلني إذا أخذت بهذه النظرية لا أستطيع أن أطبقها في حيثياتها كما ذكرت .

السؤال الثاني بالنسبة للدكتور أبل ، بودي أن أتساءل بالنسبة لمركز الاستشارات ما سمعت عنه وأن في منطقة الجهراء لا يوجد أي مركز بالرغم من أن المناطق الخارجية أكثر عرضة للتأثر بالغزو وشكرا .

د . كاظم أبل :

أود أن أرد على التعقيبات والاستفسارات ، أولاً بالنسبة للدكتور عبد الله حمادي حقيقة هو أن العينات التي ذكرتها هي عينة الأسوياء وأنا عندي دراستان لمكتب الإنماء الاجتماعي تؤكد الكلام الذي ذكرته في الدراسة التي قمت بها ، تقرير مكتب الإنماء الاجتماعي سنة ١٩٩٥ يؤكد ارتفاع معدلات القلق لدى الإناث عنه لدى الذكور ودراسة أخرى لمكتب الإنماء الاجتماعي انتهت الدراسة إلى أن القلق لدى الكويتيين بعد العدوان ارتفعت معدلاته بين طلاب الثانوي والجامعي طبعاً من الجنسين بعد الغزو وذكرت الدراسة أن طالبات الجامعة ولم يذكر (الطلاب) أكثر معاناة من آثار الصدمة .

تعقيب د . نورية الخرافي على الاستفسارات :

بالنسبة للأستاذ عادل ، أولاً هذه النظرية بدأت عام ١٩٦٢ قبل ٣٤ سنة وما كان في القرن الماضي مثل ما ذكرت ، النقطة الثانية هي حروب لأفكاره من قبل مجلس التحليل النفسي وجميع الأخصائيين النفسيين والسلوكيين والطب النفسي ، النقطة الثالثة هو ترك الهندسة الميكانيكية مثل ما قلت في تاريخه وتحول إلى الطب النفسي ودخل كلية الطب ودرس وبنى نظريته هذه بناءً على دراسة متأنية ووافية عن العقل البشري وكيف يعمل والعقل القديم والعقل الجديد والرغبات والعالم المحيط من حولنا وأنا لا ألومك أنت تسمع كلاماً في عشرين دقيقة وتقتنع فيه بالكامل فأنا لا أتوقع هذا ، وأما قضية أنني ربطت النظرية بالقرآن فلا يزال الإنسان يكتشف أشياء كثيرة من القرآن ﴿**سنريهم آياتنا في الآفاق وفي أنفسهم**﴾ ،

فالعلم كل يوم يستكشف الكثير ، وهذه النظرية بالذات وجدت فيها فعلاً مسؤولية الإنسان عن تصرفاته فأما بالنسبة للمحيط فأنا قلت هنا أنه قد يسبب لنفسه أو لغيره الضرر فإذا هو تسبب لغيره الضرر إنما بسبب المحيط الذي حوله وهذه التي تسمى البيئة فأنت هنا تريد أن تعلمه إذا استطاع كل واحد منع الضرر عن غيره إذاً يقل الضرر هذا بالنسبة للسؤال الأول .

بالنسبة للأخت نورية إذا كان هناك حالة ثابتة فهناك أيضاً حالة ثانية أنا استعملتها مع

زوجة شهيد عندها خمسة أطفال لا تعرف كيف تتعامل معهم واستعملتها مع زوجة أسير جاءتني ضعيفة جداً ولا تستطيع أن تأكل أو تشرب وكان هذا في مكتب الإنماء الاجتماعي ، وقبل أن تطلع كان مكتب الإنماء يقدم ساندويشات وخرجت وأكلت الساندويشات من الجلسة الأولى ، فهذا الأسلوب أنا أستعمله .

ثانياً : ولله الحمد كل الذين يمرون عليَّ في الجامعة إما مشاكل للمرأة مع زوجها أو شخص تحبه أو شخص لا يجعلها تنام الليل ، وهذا واقع في الحالات العاطفية أكثر من أي حالات أخرى ، ووجدت إذا كان عندها الرغبة الداخلية ، وتريد أن تساعد نفسها ويقول مثل ألماني إنك تستطيع أن تأخذ الحصان إلى الماء ولكنك لا تستطيع أن تجبره على الشرب ، فأنت توفرين لها الوسيلة ، ويعتبر المرشد معلماً مثل ما قال أمس د . كمال عن المحتسب يعتبر معلماً فأنت تريدين تعليمه كيفية اتخاذ القرار وتعلمينه المداخل من خلال تقييمه هو لسلوكه وفنيات ومهارات المقابلة الإرشادية هذه كلها لابد من استخدامها من خلال تقييمه لسلوكه ، ويكتشف أن سلوكه خطأ وإنما إذا قلت له أنت سلوكك خطأ فيكون عنده ردة فعل عكسية وقد نجحت حالات أخرى لا يتسع الوقت لاستعراضها .

د . كاظم أبل :

بسم الله الرحمن الرحيم بالنسبة للدكتور بورسلي أشكره على الطرح والحالة التي مرّ فيها وكذلك أ . فوزية هناك ملاحظات وهي الفرق بين (سنبجي) و(إنبجي) ، السنبثي هو الإنسان الذي يتعاطف مع الكلاينت ، لكن الإنبثي هو الذي يضع نفسه المعالج محل الكلاينت ويبدأ يشعر كما يشعر الكلاينت ، ونحن نركز هنا على قوة الاسترخاء أيضاً قوة الاسترخاء قبل التخيل ثم قوة الإيحاء ما بعد قوة التخيل ثم نستخدم عمليات أخرى كنتيجة إبدال وغير ذلك في موضوع العلاج وشكراً .

تعقيب د . أحمد :

شكراً على العرض الطيب وحتى تكتمل الفائدة هناك نقطة مهمة الحقيقة الزمن (الوقت والتاريخ) التي قست فيه الأعراض التي شعر بها المحاربون الذين

تعرضوا للتعذيب وهذه خبرة خطيرة وسيئة وقاتلة للناس كثيراً ، ولكن في حاجة اسمها الشفاء التلقائي بعض الحالات تبدأ خطيرة جداً في البداية وفي بعض الدراسات التي تذكر عكسها وهذا جائز طبعاً إذ تتناقص المعدلات وفي دراسة عن الاغتصاب بعد الحادث مباشرة فيه أعراض فظيعة وبعد ذلك تبدأ تتناقص في كل مرة متتالية هذه طبعاً أجريت عام ١٩٩١ ، ١٩٩٦ وهذا يفرق لأن التناقص أرجح وخصوصاً أن المعدلات التي ذكرتها معدلات مرتفعة جداً تتناسب مع فظاعة التعذيب بالقياس الذي أنت استخدمته ، هناك مقاييس كثيرة من خلال مكتب الإنماء الاجتماعي فحبذا لو نحن أخذنا هذه المقاييس حتى يمكن المقارنة بين هذه الدراسات .

تعقيب د . مصطفى :

شكراً د . فوزية ود . بدر بورسلي ، الحقيقة بالنسبة للدكتورة فوزية بحث قيم والبيانات التي أوردتها قيمة وتوحي بقدر من الدقة في عرض العينة ، وفي مركز الرقعي هل وصلتم فعلاً إلى أداة؟ هل كل من يعمل في المركز أصبح ثابتاً؟ وتعتمدون عليه ويمكن مقارنته على الأقل بالحالات التي تعرض عليكم .

بالنسبة د . بدر بورسلي أنا انطباعي الأول أنك طبيب نفسي الحقيقة البحوث على الضغوط التالية للصدمة يمكن تفيدك وتدعم ما وصلت إليه والبحوث تقول الآن الأشخاص الذين عندهم قوة (أنا) مرتفعة وتقدير الذات مرتفعة الأعراض تكون عندهم قليلة ولذلك ينصح المختصون في علم النفس أننا عندما نقبل على معالجة حالة من الحالات قبل أن نتعامل معها نعطيها اختبار تقدير الذات وقوة (الأنا) ، وهذا هو التزاوج أو التفاعل بين علم النفس والطب النفسي وعلى هذا الأساس وأنا أحدد كيفية التعامل مع هذه الحالة ، درجة تقدير الذات ودرجة قوة (الأنا) إذا حصل على درجة عالية في قوة الأنا ودرجة مرتفعة في تقدير الذات وإن احتمال العلاج يكون أوثق وهذا يعطينا التزاوج بين علم النفس والطب النفسي وشكراً .

تعقيب د . أحمد جعفر :

شكراً د . بدر وشكراً د . فوزية ، الحقيقة

أود أن :أشير إلى نقطة معينة وهي الحالات التي نستعرضها هي الحالات التي نجحنا في علاجها أو نعتقد أننا نجحنا في علاجها فما الحالات التي لم ننجح في علاجها؟ وهل نعطيها نفس الاهتمام ، وهل نعيد دراسة المناهج لنعرف لماذا لم ننجح فيها هل هو العيب في الأداة أم في المرشد أو المسترشد؟ هذه النقطة الأولى ، أما النقطة الثانية الحقيقة إن تجارب العسكريين التي تحدثت عنهم أ . فوزية بسبب المآسي التي هم فيها يمكن أن يكون قليلاً من كثير فهل هي كلها تجربة ذاتية أو مطعمة ومدعمة بأشياء سمعوها من الآخرين أو رأوها وشكراً .

الرد من المحاضرين :

رد د . بورسلي/ الدكتور سأل ما هي نوعية الصدمة؟ وأقول لك يعني هي للأسف محاولة اغتصاب وأستطيع أوضح أكثر من ذلك على أساس أنها ضعيفة ، أما بالنسبة لاختبارات الذات واختبارات الأنا فلا شك أن الدراسة صحيحة ١٠٠٪ ، أما بالنسبة للدكتور أحمد كان يسأل عن بعض الحالات ، هذه بعض الحالات التي نجحنا فيها فما بال الحالات التي لم ننجح فيها؟ طبعاً بالنسبة لعلم النفس بشكل عام وبالتحديد PTSD عملية النجاح في هذه الحالات أنت لو تلاحظ كل الحالات التي درست من قبل نجد أن النجاح نجاح نسبي يعني أنا لا أستطيع أن أقول إنني فشلت في حالة ما لا أستطيع أن أقول ذلك لكن أستطيع أن أقول إنه نجاح نسبي لعدة عوامل بعض العوامل تكون عوامل شخصية في ذات الشخص نفسه وهي حالات أنا الحقيقية لاحظتها في مركز الرقعي أو في مكتب الإنماء الاجتماعي وشكراً .

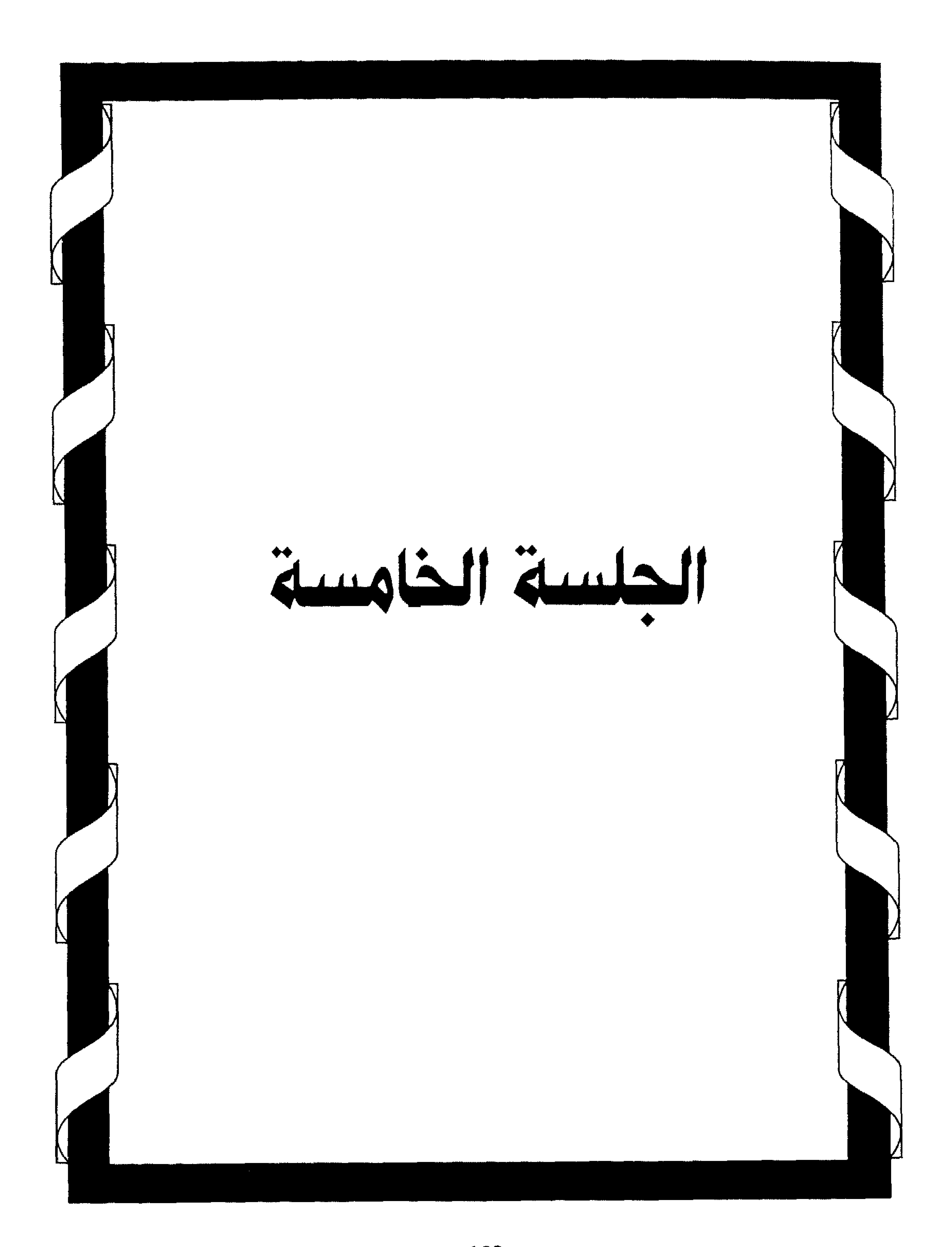
تعقيب د . فوزية التركيت :

بالنسبة للشفاء الطبيعي طبعاً في بعض الحالات ممكن تشفى بسهولة بحيث لا نحتاج لمعالج نفسي ويعتمد على شدة التعرض للصدمة وإذا قلنا فيه صدمات شديدة وتستمر لفترات طويلة مع الإنسان وأما الصدمات ذات الأعراض البسيطة فهذه ممكن تشفى طبيعياً ، وللسؤال عن الوقت الذي قسنا فيه خبرة هؤلاء الأشخاص لهذه الممارسات سنتين ونصف بعد الاحتلال فكانت تعرض عليهم الاستبيانات والخبرات التي مر فيها أو

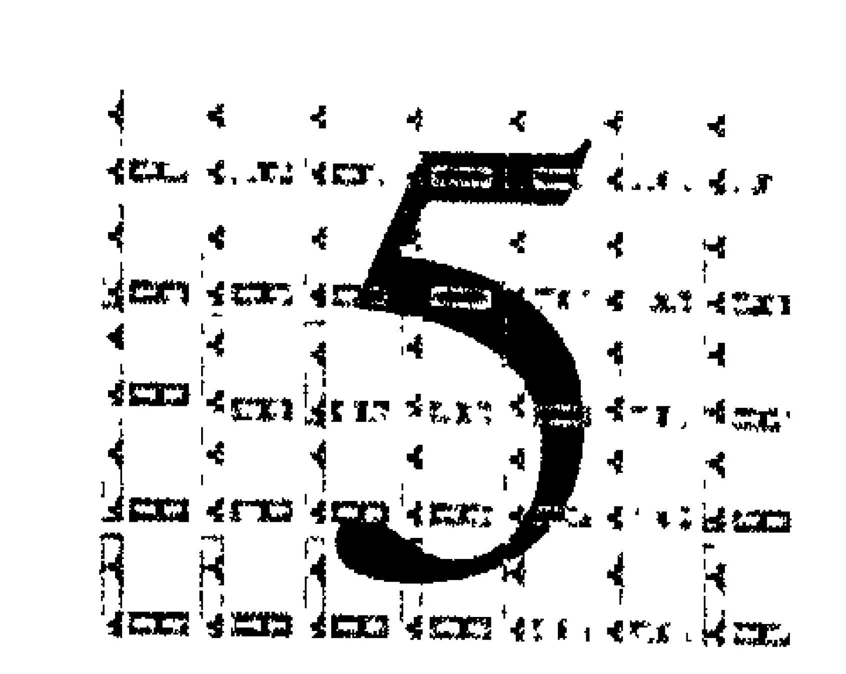
صارت له شخصياً أو مخاوف كان يخاف منها وبالنسبة للنقطة الثالثة الخاصة بالمقاييس وتوحيدها إن شاء الله يتم ذلك ويا ليت يكون فيه جهد لتوحيد هذه المقاييس خاصة PTSD .

ويعقب د . عبد الله حمادي :

هناك تعليق بسيط بالنسبة للدكتور أحمد جعفر الاستبيانات التي عملناها عبارة عن استبيانات تم تطبيقها بشكل أولي على عينة عشوائية فعرفنا منها وضع استجابة الناس قبل أن ندخل في فئات مع العسكريين مع الجرحي ومع الأسرى فوجدنا أن كل فئة فيها نسبة ضغوط ما بعد الصدمة وعلى أساس المقاييس نحن عندنا في مركز الرقعي مقاييس مقننة ، ويتم تطبيقها ولها عدة محاور ، وهذا التقرير بصراحة على مستوى الكويت بشكل أساسي وأخذنا عينات من مراكز ، نحن عرفنا الناس الطبيعيين المرضى في المستشفى أو كانوا مرضى داخل المستشفى أو مرضى في العيادات الخارجية ومرضى نتيجة PTSD ومرضى نتيجة أمراض نفسية أخرى لا علاقة لها بـ PTSD وبعد عرضهم السابتكس أدخلناهم في المقاييس وبعد ترجمتها كان لنا أسلوب خاص في الترجمة ، أن المقياس يتم ترجمته إلى اللغة العربية ثم بعد ذلك تعطيه للمترجم ويترجمه إلى اللغة الإنجليزية ،ومن ثم بعد ذلك تترجمه إلى اللغة العربية ، والشيء الثالث أن هذه الدراسات التي نقوم فيها نتذكر في البداية أننا نسوي شيئاً اسمه وقاية (Study) ولا نذهب إلى أي جهة حكومية إلا بعد وقاية (Study) فالآن مركز الرقعي بصدد إنشاء مكتبة معتمدة بـ PTSD وهذه المقاييس دولية ونحن أثرينا بصراحة هذه المقاييس بسبب مقارنة دراساتنا في مجتمعنا بمجتمعات أخرى تعرضت لكوارث كثيرة ومقارنتها مع دراسات أجرتها جامعة الكويت ووزارة التربية ،وهذه قد تفيد ولكن ونحن نقارن مجتمعنا بالمجتمعات الأجنبية ،قد يكون أحد الأهداف وهو نشر هذه الدراسات بصراحة بدوريات أجنبية وهذا ما يعزز ، ويثري العمل .



الجلسة الخامسة



اضطراب ما بعد الصدمة وما يلازمه من أعراض نفسية بين أفراد من القوات المسلحة الكويتيين

رئيس الجلسة : د. خالد الشلال

المتحدث الرئيسي : أ. فوزية التركيت

البحث

مقدمة

تؤكد كثير من الدراسات العلاقة الإيجابية بين شدة ونوع التعرض لصدمة القتال، كما عرفت من الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية الصادرة عن جمعية أطباء النفس الأمريكية - وبين أعراض الضغوط التالية للصدمة (فيجلي ١٩٧٨) (فولفا وآخرون ١٩٨٧) (فولوفرين ١٩٩٠).

وجد أن انتشار اضطراب ما بعد الصدمة بين المدنيين الذين تعرضوا للاعتداءات الجسدية كان ٣,٥٪ بينما كانت النسبة ٢٠٪ بين جرحى حرب فيتنام، وفي دراسة أخرى أجراها (خولي وآخرون)، وجد أن انتشار اضطراب ما بعد الصدمة بين الجنود الأمريكيين المحاربين في المناطق ذات الخطورة العالية وصل إلى ٣٨,٥٪.

وأوضحت كثير من الدراسات أن تأثير الصدمة الضاغطة يستمر لدى المصاب، وتظهر أعراضه حتى بعد فترات طويلة من الزمن، ففي دراسة (سيدواندل، شوالتز ١٩٨٩)، وجد أن اضطراب ما بعد الصدمة بين أسرى من الحرب العالمية الثانية

كان ٥٠٪ في مجموعة من ٦٠ شخصاً بعد عودتهم من الحرب مباشرة ، وبعد أن تم تقييم وتشخيص المجموعة بعد ٤٠ سنة من عودتهم . وجد أن ٢٩٪ لديهم اضطراب ما بعد الصدمة .

استعراض البحوث والدراسات السابقة:

وفي الكويت ، في دراسة قام بها (الزامل والبهبهاني ١٩٩٢) للأسرى في حرب الكويت بعد عودتهم من سجون العراق بعد تحرير الكويت ، وجد أن ٦٨٪ من هؤلاء الأسرى الكويتيين الذين تعرضوا للتعذيب لديهم اضطراب ما بعد الصدمة .

وقد أظهرت دراسة مسحية على عينة عشوائية عدد أفرادها ٢٨٥٤ من السكان الكويتيين قام بها (حماد وبهبهاني ، والتركيت ، العصفور ، عارف) سنة ١٩٩٤ - أن ٢٧,١٪ من البالغين ، ١٦,٨٪ من الأطفال تم تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة ، وقد أكدت تلك الدراسة الممارسات اللاإنسانية التي قام بها العدوان العراقي والتي كان منها القتل العمد والاغتصاب والاعتقال والتعذيب الجسدي والنفسي ، مما نتج عنه الرعب والخوف الذي تغلغل في نفوس الكويتيين ، كما تعرضت بعض الفئات مثل العسكريين إلى الاضطرار للتخلي عن هويتهم العسكرية لتحاشي الاعتقال .

وقد وجد أن اضطراب ما بعد الصدمة كان كبيراً بين الذين تعرضوا لصدمات معينة مثل المصابين بإصابات جسدية معوقة ، حيث كانت نسبة إصابتهم لاضطراب ما بعد الصدمة ٥٠٪ ، وبلغت هذه النسبة بين من شاهدوا أعمال عنف ٣١٪ ، وممن تعرضوا شخصياً للتعذيب الجسدي والنفسي كانت النسبة ٣١,٦٪ وبلغت النسبة ٣٥٪ ممن كانوا أسرى حرب ، والذين احتجزوا كرهائن واعتقلوا أكثر من ثلاثة أيام .

الهدف من الدراسة:

لما كانت القوات المسلحة ذات أهمية خاصة لدورها الأساسي في حفظ كيان الوطن ، ونظراً لما قدم أفرادها من تضحيات منذ بداية الغزو وطول فترة الاحتلال وبعد التحرير ، فإن إلقاء الضوء على دور هذه الفئة ودراسة وتحليل ما تعرضت له من الصدمات يهدف إلى تحقيق التالي :-

أولاً : التعرف على شدة الصدمات

والمعاناة التي تعرضت لها هـذه الفئة ومعرفة انتشار اضطراب ما بعد الصدمة بين أفرادها ، ومعرفة ما إذا كانت هناك اضطرابات نفسية أخرى ملازمة للاضطرابات النفسية لما بعد الصدمة .

العينـــة:

اشتملت على ١٦٦ عسكرياً من القوات المسلحة ينتمون إلى القوة البرية والبحرية والجوية ، والحرس الوطني والحرس الأميري .

القوات البرية ٦٢ شخصاً ، الحرس الوطني ٣٠ شخصاً ، الجوية والبحرية ١٨ شخصاً ، والحرس الأميري ٣ أشخاص .

أدوات الدراسة :

أولاً : استبيان (أ) ويشمل بيانات ومعلومات هامة عن الشخص ويحوي تفصيلاً عن الاعتقال وأنماط التعذيب والإصابات الجسدية التي قد يكون الفرد (العسكري) تعرض لها .

ثانياً : استبيان (ب) خاص بالعسكريين تم تطبيقه عليهم في العينة العشوائية السابق ذكرها ويدور حول الوضع المالي والاجتماعي والنفسي والرضا الوظيفي والمشاكل الاجتماعية للأسرة لدى العسكريين .

- استبيان الصدمة (١) : حيث تم حصر إجابات كل منهم على بنود معدة من الممارسات اللاإنسانية تتراوح بين المشاهد الشخصية لأعمال العنف أو التعرض شخصياً لأعمال العنف مثل الإيذاء الجسدي في نقاط التفتيش ، فقد المنزل . . .الخ .
- استبيان الصدمة (٢) : ويشمل التعرض للمخاوف من تهديد الحياة والاعتقال - الاغتصاب - الخوف من مغادرة المنزل ، وغيرها من المخاوف التي اشتمل عليها الاستبيان .

المقاييس المستخدمة للدراسة :

استخدمت ثلاثة مقاييس لقياس اضطراب ما بعد الصدمة وما يلازمها من اضطرابات نفسية :

قائمة أعراض «هوبكنز» : ٢٥ لقياس الاكتئاب والقلق وهي أعراض عادة ما تلازم اضطراب ما بعد الصدمة أو توجد بمفردها ، هناك عشرة أسئلة تتعلق بالقلق ، ١٥ سؤالاً يتعلق بالاكتئاب الدرجة الأكبر من ٥٧ ,١ ، تشير إلى توتر وضيق ذي دلالة إكلينيكية .

مقياس تأثير الحدث : ويقيس اضطراب ما بعد الصدمة ويتكون من ١٥ بنداً ويقيس درجة تداخل الأفكار وصوراً من الصدمة تهيمن على أفكار الشخص ، والجزء الثاني يعكس التجنب وهي درجة محاولة الشخص تجنب مذكرات الحدث أو الصدمة ، ومن يحصل على مقياس على درجة أكبر من ٩٣,٥٪ مقابل معايير إكلينيكية ذات دلالة اضطرابات ما بعد الصدمة .

مقياس اضطراب ما بعد الصدمة (سيباكابجي) : ويعطي عدة جوانب مثل معايشة الحدث مرة أخرى تجنب تذكر الحدث ، التيقظ والاهتزاز ، ويتكون المقياس من ١٧ سؤالاً كل سؤال ينقسم إلى قسمين :

الأول : يتعلق بتكرار عرض معين -
الثاني : يعيش شدة وتركيز العرض ، ويتكون المقياس من ٣ أجزاء CBD والأشخاص الذين لديهم أعراض من كل جزء من الأجزاء الثلاثة يقابلون معايير اضطراب ما بعد الصدمة وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للأمراض .

النتائج:

تبين من تحليل نتائج الدراسة على عينة من العسكريين كما هو موضح في الجداول ، عرض الجداول : جدول (٣) يبين عدد الكويتيين الذين كانوا متواجدين من العينة (١٦٦) منهم ١٥٣ كويتياً ، ١٣ بدون وهذا الجدول يبين الجنسيات التي كانت موجودة (الكويتيون + بدون) .

جدول (٤) : يبين مستواهم التعليمي بعضهم أمي كانت العينة (٧٨) عندهم مؤهل : متوسط ، (٢٨) ثانوي ، (٢٤) دبلوم ، (١) ماجستير .

بالنسبة للحالة الاجتماعية : متزوجون (١١٠) - عزاب (٥٥) ، (١) مطلق - ونظراً لوضعهم (١٦٦) أول يوم الغزو - أول ساعات الغزو كانوا داخل الكويت ، ١٥٤ لم يتركوا الكويت طوال الوقت من العسكريين ، (٦٣) تركوها في أقل من أسبوع (٣٠) فرداً تبعهم (٢٩) فرداً في نهاية الأسبوع الأول ، وفي نهاية الأسبوعين التاليين راح منهم (٧٢) فرداً تقريباً وخرجت العينة جميعها بعد بداية الاحتلال في غضون أسبوعين .

أهم أنواع التعذيب التي تعرض لها أفراد

العينة : تعرضوا إلى الضرب واللطم ، وكانوا يضغطون عليهم في المعتقلات - كان الطعن والتقطيع - وكانوا يصبون على أجسادهم مواد حارقة ، ١٥ فرداً تعرضوا إلى تعليق الأرجل وإلى وضعهم في غرفة صغيرة ، ضيقة يضعون فيها (٢٠٠) فرد ١٤ تعرضوا لاضطهاد ديني ومذهبي ، كثير منهم تعرضوا لتلاعب الأعصاب حيث يهدد الفرد بإعدامه فيضحكون عليهم ، ويعرضون لأصوات مزعجة تجعلهم يخافون من الرعب ، هذه معظم أنواع التعذيب التي تعرضوا لها .

ما هي أهم المخاوف التي تعرض لها أفراد العينة :

٧٥ فرداً اضطروا إلى الاختفاء تحاشياً من الاعتقال ، ٦٢ خافوا من فقدان عقلهم من شدة التعذيب ، وما شاهدوه ٨٦٪ منهم خافوا من المستقبل ، ٩٨ يخافون لأنهم كويتيون ، ١٢٠ فرداً تشغلهم العائلة ، ٧٨ خافوا من Oveveb ، ٨٠ منهم كانوا خائفين من عمليات التعذيب .

نفس الأفراد الذين سألناهم ، هل زادت عندهم المشاكل الاجتماعية في الأسرة أو خارج الأسرة ، ١٤ منهم عندهم مشاكل كبيرة داخل الأسرة ، ١٣ خارج المجتمع (التشاجر مع الآخرين - قيادة السيارة بصورة سريعة - ١٢ مشاكل اجتماعية) .

١٤ من العينة يشعرون بالرضا عن عملهم ، ٥٢ يذكرون الجيش .

مثال : عندما طبقنا اختبارات مقاييس «هوبكنز» لمقياس القلق والتوتر ومقياس إنفيت ، PTSD (٦٠شخصاً) ، كانت النتيجة هي الدلالة الإكلينيكية للإصابة بالإكتئاب والقلق ، يشير المقياس إلى أن ٢٣,٥٪ لديهم اضطرابات مع بعد الصدمة وهذه نسبة عالية جداً مقارنة بالدراسات العالمية الأخرى .

فالمجتمع كان معرضاً للتعذيب والعنف والاضطهاد ، وتعتبر بالمقاييس العالمية نسبة عالية جداً من ١٦٦ عسكري فقط .

إن التعذيب الذي هو من صنع الإنسان ومبتكراته والذي يقوم هدفه الرئيسي على تدمير وتحطيم شخصية الفرد الآخر يظل تأثيره النفسي الجسدي مصاحباً للإنسان لفترات طويلة .

فقد قام «بترسون» بتقييم ٢٢ يونانياً بعد تعرضهم للتعذيب مباشرة ، وبعد مرور سنة تم تقييمهم مرة أخرى فوجدوا أنه لم

يطرأ أي تحسن على حالتهم النفسية (٣٦٪ منهم اضطرابات نفسية وجسدية مزمنة) .

وفي دراسة أجريت ، وجد أن للتعذيب خاصية مميزة في جعل التأثيرات الجسدية للتعذيب تستمر لفترات طويلة ، وقام بتقييم (١٢٥) من رجال إيرلندا الشمالية الذين تعرضوا للتعذيب وذلك بعد إطلاق سراحهم مباشرة عن طريق مقاييس نفسية وبإعادة تطبيق نفس المقاييس بعد مرور عام ، لم نجد أي تغيير في نتائج المقاييس .

وفي دراسة قام بها «ماكملن ١٩٨٩» لمجموعة إطفائيين تعرضوا لصدمة في عملهم - إن الاضطراب لم ينخفض لديهم حتى بعد مرور ٢٩ شهراً على إصابتهم .

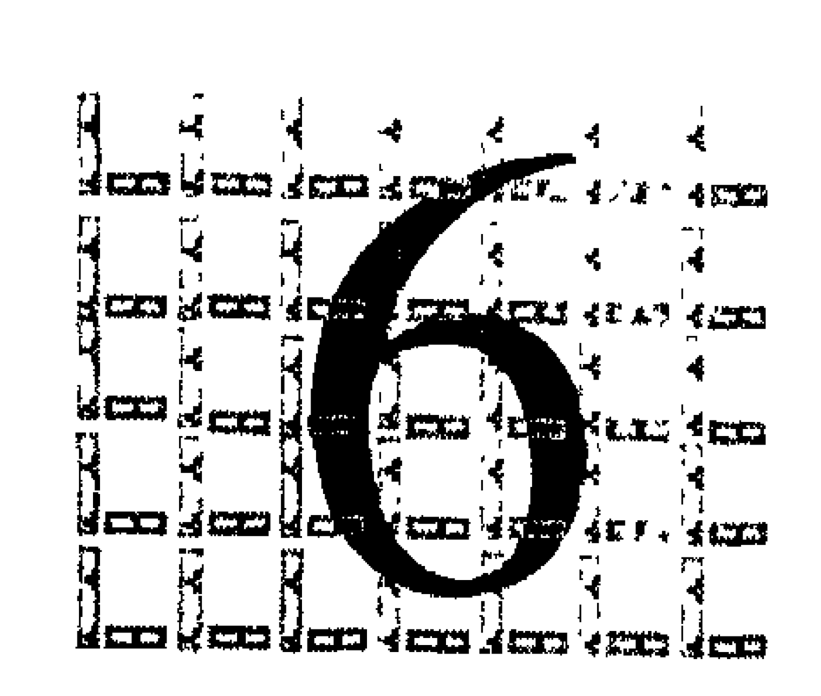
إن هؤلاء الإطفائيين كانوا في مجال يذكرهم بالصدمة طول الوقت نظراً لطبيعة عملهم ، إن اضطراب ما بعد الصدمة يحمل في طياته مع استمرار الوقت إمكانية حدوث أعراضه أو بعضها ، كما بينت الدراسات خاصة مع احتمالات أن يتعرض الإنسان لأحداث أخرى ضاغطة لاحقة ، فكثير من الناس يظهر لديهم اضطراب ما بعد الصدمة لاحقاً نتيجة تفاعل مع أحداث أخرى مزمنة يتعرض لها الفرد في حياته بحكم طبيعة الحياة ، ويصبح مصاباً باضطراب ما بعد الصدمة ، وهذا ينطبق على أعداد أخرى خارج العينة لم تتضمنها الدراسة وما زالت في أماكن عملها بالقوات المسلحة .

إن توقع ازدياد من سيعاني أو من سيحتاج إلى تداخل علاجي على مدى السنوات القادمة يتطلب تقييماً دقيقاً مدعماً بالدراسات والبحوث لخصوصية صدمة الفرد والآثار النفسية والاجتماعية المترتبة عليها ، وحيث أن هناك أنماطاً أخرى لاضطراب ما بعد الصدمة أكثر تعقيداً أو صعوبة وهو ما كشفت عنه الأبحاث التي ذكرت أنّ تعرض الإنسان لصدمات بالغة الشدة مثل الأسر والاحتجاز كرهينة أو التعرض للاستغلال الجنسي بصورة متكررة أو التعرض للاضطهاد الديني ، سيؤدي إلى وجود أعراض لا تندرج تحت معايير اضطراب ما بعد الصدمة للدليل التشخيصي الإحصائي لجمعية أطباء النفس الأمريكية .

بل تحتاج إلى تقييم تشخيصي آخر لإظهاره - وهو العمل الذي تبناه «فاندور كورك وآخرون١٩٩٣» وشكراً .



الجلسة السادسة



تطبيق نموذج *Eagen* في الإرشاد (حالة عملية)

رئيس الجلسة : د . خالد الشلال

المتحدث الرئيسي : د . بدر بورسلي

البحث

مصدر الحالة:

حضرت الضيفة بنفسها للمكتب بعد اتصال هاتفي طلبت فيه مقابلة أحد المرشدين النفسيين ، وكان ذلك بناءً على نصيحة من إحدى صديقاتها لمراجعة مرشد نفسي لمساعدتها على حالتها ، حيث تمت مقابلة الضيفة بالمكتب التابع لمكتب الإنماء الاجتماعي .

معلومات عن الضيفة :

الاسم ميساء «اسم مستعار» حضرت لمساعدتها في موضوع مهم جداً في حياتها وهو عدم القدرة على اتخاذ القرار في حياتها ، علماً بأنها من بيئة اجتماعية متوسطة تحوي أفراداً من الأسرة متعلمين تعليماً فوق المتوسط ، وهي من أسرة محافظة تساعد بعضها البعض ، ولكنها لم تتمكن من الحصول على الدعم المناسب منهم ، وهي غير متزوجة .

الاتفاق على مشروع الإرشاد :

تم الاتفاق مع الضيفة على أن يكون الإرشاد داخل مكتب الإنماء الاجتماعي بمعدل جلسة كل أسبوع قابل للتغير بأضيق

الحدود ، على أن تكون مدة الجلسة ٥٠ دقيقة ولا تزيد على ساعة ، ويتم تدوين معلومات عن الضيفة وعن الجلسات في ملف خاص سري «بمعنى أنه لا يطلع عليه غير المرشد واستشاري المكتب عند الحاجة بعد الاستئذان من المرشد الأصلي» ، وتتم مناقشة الحالة مع المشرف على المرشد دون التعرض لتفاصيل شخصية عن الضيفة بهدف الإشراف على المرشد كما هو معمول به بالمكتب ، علماً بأن الملف لا يحتوي على اسم للضيفة .

كما تم الاتفاق مع الضيفة على أن لا تتعدى علاقة المرشد بالمسترشد العلاقة العملية الإرشادية ، وأن يتم مناقشة الضيفة لأي موضوع طارئ بخصوص ارتكاب جريمة من قبل الضيفة ضد نفسها أو الآخرين ، وذلك لعلاقته بموضوع الحفاظ على السرية وعدم كشف أي شيء يخص الضيفة .

التقييم المبدئي للحالة :

من الجلسة الأولى تبين أن الضيفة تعاني من مشاكل أخرى لها علاقة بعدم قدرة الضيفة على اتخاذ القرار ، وهذا بدوره له علاقة بطريقة تنشئة الضيفة ، وله كذلك علاقة بشخصية الضيفة حيث أنها تعتبر نفسها مرشدة الأسرة ، وصمام الأمان لنفسية والدتها عندما تتضايق من شأن من شؤون الأسرة .

تابع التقييم المبدئي للحالة :

كما تبين أن للضيفة عدة انشغالات شخصية مثل الدراسة ، والعلاقات الاجتماعية الخاصة شديدة الارتباط .

الأساس النظري لطريقة العلاج :

تم استعمال نموذج إيجان للإرشاد النفسي المعتمد علي نظرية المركز حول العميل .

يتكون نموذج إيجان من ثلاث مراحل كل مرحلة ثلاث خطوات :

يتم بالمرحلة الأولى : اختيار المرتكز العلاجي خلال الجلسات ، بواسطة الخطوات الثلاث التي يتم فيها التعرف على القصة ، وترفع فيها معنويات الضيف ، ويشجع على كسب ثقة المرشد .

بالمرحلة الثانية : يتم معرفة الأهداف اللازمة أن تتحقق لكي يشعر الضيف

بالقدرة على تحقيق الهدف الأساسي ، كما يتم فيها اختيار أهم الأهداف اللازمة أن تتحقق الواحد بعد الآخر للوصول إلى الهدف الأساسي .

بالمرحلة الثالثة : يتم التعرف على الأدوات اللازمة لتحقيق الأهداف ووضعها ضمن خطة تصلح للتنفيذ . كما يتم دراسة المعوقات للخطة ، وأيضاً يتم دراسة الخطوات اللازمة لدفع الخطة للأمام .

محتويات الجلسات :

خلال الجلسات كان نقاشي حول مجموعة الأهداف التي تنوي الضيفة تحقيقها بحياتها والمعوقات التي تصادفها ، وكيفية تخطي تلك المعوقات للوصول للقدرة على اتخاذ القرار المناسب للضيفة حسب قدراتها وامكانياتها ، كذلك تبين للضيفة عدة أمور خاصة بها تعتبر أدوات تساعد على تحقيق الأهداف مثل علاقتها مع أخوتها ، وعلاقتها مع والدها ، كما اكتشفت أدوات مثل معلومات عامة لديها استطاعت أن توظفها بطريقة تساعدها لتحقيق الأهداف .

من خلال العمل مع الضيفة احتاج الأمر إلى الإنتقال من مرحلة إلى أخرى وبالعكس أحياناً ، وذلك للرجوع لتنفيذ جزئية تساعد بالخطوة التالية ، مثلا الهدف يحتاج أدوات معينة وبدراسة إحدى الأدوات تتبين الحاجة لتحقيق هدف معين يؤدي لهذه الأداة ، فنحتاج بذلك إلى الرجوع لمرحلة دراسة الأهداف المؤدية للأدوات .

التدخل العلاجي خلال الجلسات :

شجعت الضيفة لعمل مجموعة من التمارين بالمنزل تقوم الضيفة خلالها بمعرفة أدوات معينة أو محاولة دراسة أهمية هدف معين ، كان الهدف من تلك التمارين هو ممارسة الضيفة للنموذج بحياتها العملية بالمنزل حتى تصبح عادة لديها ، كما شجعت الضيفة على كتابة خطواتها وأهدافها بمذكرات لكي يسهل على الضيفة الرجوع إليها ، وهدف ذلك هو جعل الضيفة تمارس التفكير العميق الشامل .

تطور العلاج خلال الجلسات :

في منتصف العلاج أحست الضيفة بالراحة وفائدة العلاج فتعجلت باتخاذ قرار معين ، رغم تدخل المرشد لتوجيه الضيفة

لأهمية عدم التعجل إلا أنه لم ينفع مع الضيفة وحيث أن الطريقة هذه تتبع نظرية التمركز حول العميل تركت الضيفة لعمل هذا الهدف ، وكانت التجربة العملية للضيفة هي تبيان أهمية دراسة الأهداف والأدوات بعمق ، حيث تبين أهمية إعادة دراسة الخطة قبل تنفيذها ودراسة الخطوات اللازمة لدفع الخطة للأمام ، والأسباب التي من الممكن أن تعرقل تنفيذ الخطة .

صعوبات للتطبيق :

من أهم الصعوبات وهي استعمال الضيفة لتحقيق الأهداف ، والقدرة على التعامل مع الواقع ، لحين الوصول للقرار الصحيح ، حيث تم استعمال مهارة الاسترخاء ، ومهارة دراسة الإيجابيات والسلبيات للاستعمال بتطبيق الأهداف .

مستقبل الضيفة بعد العلاج :

بنهاية الإرشاد كان للضيفة استبصار تام لطريقة النموذج المستعمل مما سيساعد الضيفة على استعمال النموذج بحياتها العملية .

أدبيات المهنة :

لم يتم التعرض لأي موضوع له علاقة بأدبيات المهنة .

علاقة المرشد بالمسترشد :

احتاجت الضيفة ثلاث جلسات قبل أن تصل إلى مرحلة الثقة الكاملة بالمرشد كما احتاج المرشد للمدة نفسها لفهم شخصية الضيفة ، وبعض نقاط إيجابية كان من الممكن استعمالها بالعلاج ، مثال ذلك معرفتها لمساعدة والدها .

كانت الضيفة متعاونة جداً وصريحة ، وصادقة بتطبيق التمارين بالبيت كما كان من السهولة توجيهها خلال الجلسات .

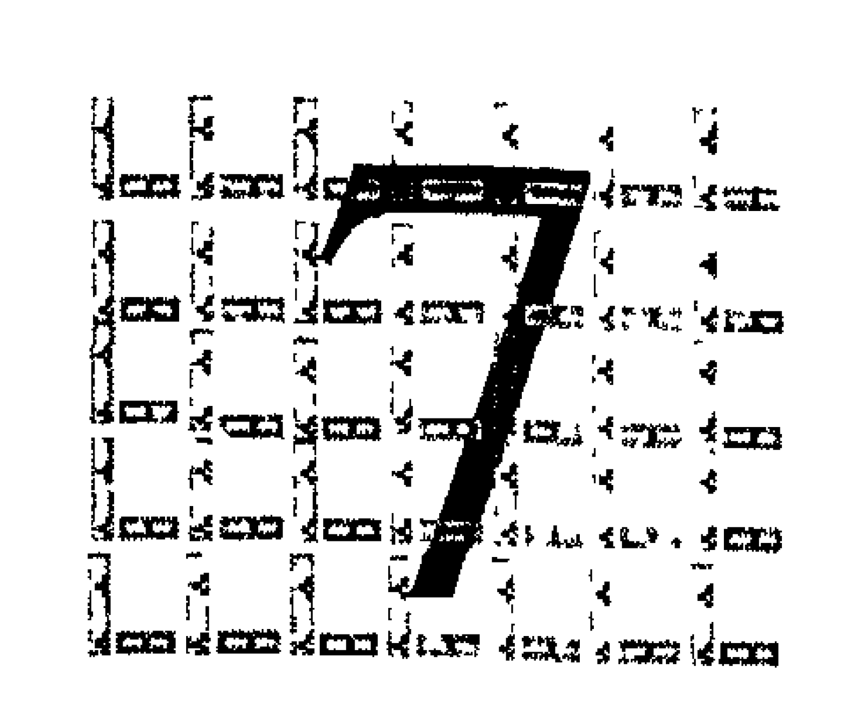
لم يحصل مع الضيفة أي نوع من الاعتمادية أو تقمص شخصية لشخص يشابه أحد الأشخاص الذين تعرفهم مما جعل الجلسات عملية واقعية سلسة .

الإشراف على الإرشاد :

كان له دور كبير في المساعدة على اكتشاف أساليب جديدة للتعامل مع الأهداف التي لم يتم فيها تقدم سريع ، وذلك لاستعمال أسلوب الكتابة مثل المذكرات .



الجلسة السابعة



بناء مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة في المجتمــــع الكويتــي

رئيس الجلسة : د . خالد الشلال

المتحدث الرئيسي : د . جاسم الخواجة

البحــث

١ - بناء مقياس لاضطراب الضغوط التالية للصدمة يصلح للاستخدام مع الحالات الكويتية .

٢ - بيـان الخصـائص السـيكومـترية لهـذا المقياس ، وأهمها الثبات والصدق .

٣ - الوقــوف على البناء العــاملي لهــذا المقياس .

٤ - فحص الفـروق في الاسـتجـابة له بين مجموعات كويتية مختلفة .

المنهــج :

خطوات بناء المنهج:

قـام البـاحث في البـداية بإجـراء مـسح شـامل للمـقـاييس المتـاحة التي صـمـمت لقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، ولاحظ (كمـا عرضنا في الفـقرات السـابقة) أن كل مـقـيـاس من هذه المقـاييس قد أعـد على أسـاس نظري محـدد ، فمنهـا مـا ركـز على صدمات الحرب ، وبعضهـا الآخر كان

يركز على الصدمات عند شريحة معينة في المجتمع ، مثل البالغين أو الأطفال أو رجال الشرطة ، في حين صممت مقاييس أخرى على أساس طبيعة الصدمات مثل صدمات الحروب أو الاغتصاب أو الكوارث الطبيعية . . . وغير ذلك ، ومن الملاحظ أن العبارات المستخدمة في كل مقياس من هذه المقاييس تختلف تبعاً للأساس النظري للمقياس ، وكان هذا هو الأسلوب الأول الذى استخدمه الباحث لوضع المقياس الجديد ، بانتقاء بعض عبارات من هذه المقاييس .

أما الأسلوب الثاني الذي استعان به الباحث في وضع عبارات المقياس فهو الاعتماد على المحكات التشخيصية التي وردت في الدليل التشخيصي والإحصائى الرابع DSM-IV للأمراض العقلية ، وتضمنت المحكات التشخيصية الجوانب الآتية :

١- شدة الصدمة ومدى تعرض الفرد للصدمة شخصياً بطريقة مباشرة (كالتعرض للاعتداء البدني) أو غير مباشرة (شاهد للصدمة أو التهديد بالألم الجسمي) .
٢ - استمرارية معايشة الصدمة عن طريق ظهور التخيلات والأحلام حول ما حدث أثناء الصدمة .
٣ - استمرارية تجنب المثيرات التي لها علاقة بالأحداث الصدمية والشعور بالفتور في الاستجابات (تجنب الأفكار والأماكن التي حدثت بها الصدمة ، وأيضاً تحاشي تطوير العلاقات الاجتماعية أو استمرارها) .
٤ - استمرار ظهور أعراض تدل على ارتفاع مستوى الاستشارة (صعوبات في النوم والتركيز ، توتر وحساسية مفرطة) .

وبالاستعانة بالأسلوبين السابقين ، وهما المقاييس السابقة ومحكات الدليل التشخيصي ، تم صياغة ٣٤ عبارة لقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة .

ثم عرضت هذه العبارات على مجموعة من المتخصصين في علم النفس لتحديد مدى صلاحيتها لقياس هذا الاضطراب ، وبعد تحليل الاستجابات حذفت أربع عبارات ، فأصبح العدد النهائى للاختبار ٣٠ عبارة ، ووضعت لها التعليمات المناسبة ، وكان على المفحوص أن يجيب عنها على أساس مقياس خماسي .

وأضيفت بعد عبارات المقياس ، بعض الأسئلة عن الصدمة : لمن حدثت الصدمة؟ ومتى حدثت؟ ثم يطلب من الفرد أن يذكر

(كتابة) الصدمة التي مرّ بها بإيجاز إن كانت هناك صدمة . وكان الهدف من هذه الأسئلة تحديد نوع الصدمة للتأكد من شدتها ،وهل وقعت للفرد بشكل مباشر أو كان شاهداً عليها ،أو أنها كانت مصدر تهديد لحياته أو لحياة الآخرين ، وذلك لاستكمال المتطلبات التشخيصية المتفق عليها في الدليل التشخيصي الرابع .

العينات :

اختيرت مجموعة من المدارس الثانوية في أربع محافظات بدولة الكويت وهي : الجهراء ، والعاصمة وحولي والأحمدي ، ووصل عدد الطلاب إلى ١٢٤٦ طالباً (ن = ٦٢٢) وطالبة (ن =٦٢٤)من طلاب الصفين الثالث والرابع الثانوي ، وكان متوسط عمر الطلبة م=١٦,٣٠ ،ع = ١,٢٧ عاماً ، وكان متوسط عمر الطالبات م= ١٥,٨٨ ،ع = ١,٠٥ عاماً .

تطبيق المقياس :

طبق مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة في صيغته الأخيرة مع عدد آخر من المقاييس في جلسات جمعية تشتمل كل منها الفصل الدراسي بأكمله ، وقد استبعدت المقاييس التي تشتمل بنوداً لم يجب المفحوص عنها .

التحليل الإحصائى :

استخرجت المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة «ت» ، ومعاملات الارتباط ، كما استخدم التحليل العاملي لمعاملات الارتباط بين عبارات المقياس (٣٠ عبارة) بطريقة «هوتيلنج» :المكونات الأساسية ، وذلك للعينة الكلية ثم للذكور والإناث ،كل على حدة للتعرف على التركيب العاملي للمقياس ثم أديرت العوامل تدويراً متعامداً (فاريماكس Varimax)ومائلاً (أوبلمن Oblimin) واستخرج من الطريقتين أربعة عوامل متشابهة بين الطريقتين في البنود المشبعة جوهرياً بالعامل ، وإن اختلفت قليلاً في قيم التشبع ، وهذا أمر متوقع نظراً لأن موضوع الدراسة (اضطرابات الضغوط التالية للصدمة) يشتمل على جوانب مترابطة ومتداخلة بعضها مع بعض ، ولكن استقر الرأي على اتباع أسلوب (أوبلمن) ، حيث يفترض التدوير المائل الارتباط بين العوامل ، ووصلت قيم الجذر الكامن Eigenvalue لكل عامل من هذه العوامل إلى ما يساوي واحداً صحيحاً أو يزيد عليه ، واتبع معيار التشبع الدال > ٣٠,٠

النتائج ومناقشتها :

يبين جدول رقم (١) العوامل الأربعة المستخرجة ، وقد سمى العامل الأول الشعور بتكرار الحدث ، وتراوحت التشبعات بهذا العامل بين (٣٣, ٠) و(٧١, ٠) ومن العبارات المشبعة بهذا العامل :

أشعر فجأة كأن الصدمة ستحدث مرة ثانية ،أشعر بتوتر كلما اقتربت الذكرى السنوية الشعور بالخوف من أن تتكرر الأحداث مرة أخرى .

أما العامل الثاني فسمى «الاضطرابات الانفعالية» واحتوى على ثمانية تشبعات منها :

١- أصبحت سريع الغضب .

٢ - مزاجي متقلب وشعوري متغير ولدي رغبة في الانعزال عن الآخرين .

ونلاحظ أن مضمون هذه العبارات يشير إلى ارتفاع في الاستثارة الانفعالية والوجدانية ، فتظهر الفرد على أنه عاجز عن السيطرة على انفعالاته ، مما يؤدي إلى اتجاه سلبي نحو الذات ، فترفع شدة الاضطرابات النفسية لدى الفرد .

أما العامل الثالث فقد سُمي «تجنب التفكير في الصدمة » ، واحتوى هذا العامل على تسع عبارات منها ما يلي :

١ - أحاول جاهداً أن أتجنب الحديث عن الصدمة .

٢ - أحاول جاهداً أن أتجنب الأفكار والمشاعر عن الصدمة ، وتدل هذه العبارات بوجه عام على رغبة شديدة لدى الفرد أن يبتعد عن كل ما يذكره بالأحداث والصدمة التي مر بها ، وهذا يؤدي إلى إعاقة تكيف الفرد ، فكثير من المواقع التي يتحاشاها تعد جزءاً من حياته العامة والطبيعية ، فكيف يستطيع أن يتجنب ما يذكره بالصدمة؟ ومع فشل الفرد في إيقاف هذه الأفكار والسيطرة عليها ترتفع درجة حدة الاضطراب النفسي لديه .

وسُمي العامل الرابع ، القابلية المرتفعة للاستثارة ، واشتمل هذا العامل على أربعة تشبعات جوهرية منها العبارات الآتية :

١ - أحلم أحلاماً مزعجة (كوابيس) عن الصدمة .

٢ - أصبحت بعد الصدمة أشكو من بعض الآلام في الجسم .

إن الكوابيس وعدم القدرة على النوم المنتظم وظهور بعض الشكاوى الجسمية دليل على الاستثارة العالية المستمرة ، عند

الفـرد ، ويدل ذلك على أن الفـرد مـا زال واقعاً تحت تأثير الأحداث ، ولا يستطيع أن يبعد تفكيره عنها حتى لوقت قصير ، فيؤدي ذلك إلى زيادة الضغط النفسي عليه ، فتظهر الاضطرابات في النوم وفي بعض الجوانب الفيزيولوجية .

ويبين جدول (٢) معاملات ثبات ألفا للدرجة الكلية وللعوامل الأربعة التي تستوعب مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، وتشير هذه المعاملات المرتفعة إلى إمكانية استخدام العوامل الأربعة (عن طريق العبارات المكونة لها) بوصفها مقاييس فرعية لقياس هذا الاضطراب .

صدق المقياس

الصدق التمييزي :

الصدق مفهوم متعدد الجوانب ، وتستخرج معاملات الصدق بطرق مختلفة ، ولم تتح محكات لتقدير الصدق التلازمي للمقياس الجديد ، ولكن أمكن مقارنة الدرجة الكلية على المقياس بين مجموعتين مختلفتي الخصائص وهما : مجموعة المفحوصين الذين قرروا أنهم لم يتعرضوا لأي صدمة ، ومجموعة المفحوصين الذين قرروا أنهم تعرضوا لصدمة أو أكثر ويبين جدول (٣) المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل من هاتين المجموعتين في حالات ثلاث : الذكور والإناث ، والمجموعة الكلية ، وقد تم حساب قيمة تبين المتوسطات ، ويلاحظ أن جميع قيم «ت» جوهرية إحصائياً ، إشارة إلى أن هذا المقياس له القدرة على التمييز بين المجموعات المختلفة ، ومن ثم يشير ذلك إلى الصدق التمييزي لهذا المقياس (انظر جدول ٤) .

الصدق الاتفاقي :

اضطرابات الضغوط التالية للصدمة تصنيف فرعي يندرج تحت اضطرابات القلق ضمن تصنيف الأمريكي (DSM-IV) و الدولي ICD-10 ولذلك استخرج معامل الارتباط بين الدرجة الكلية على مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة وعوامله الأربعة الفرعية وكل من مقياس حالة القلق وسمة القلق (انظر جدول ٥) .

يتضح أن جميع الارتباطات موجبة ، مرتفعة وذات دلالة إحصائية مرتفعة ، إذ كلما ارتفعت الدرجة على مقياس حالة القلق أو سمة القلق ارتفعت الدرجة على مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة والعكس بالعكس .

جدول (١)

العوامل المتعامدة والمائلة لمقياس إضطراب الضغوط التالية للصدمة

العبارات	العينة الكلية	الذكور	الإناث
العامل الأول « الشعور بتكرار الحدث» :			
٢٤- أشعر فجأة كان الصدمة ستحدث مرة ثانية .	٠,٦٩	٠,٦٠	٠,٠٩٦
٢١ - أشعر بتوتر كلما أقتربت الذكرى السنوية.	٠,٦٦	٠,٦٠	٠.٧١
١٩ - أشعر بالخوف من أن تتكرر الأحداث مرة أخرى.	٠,٦٠	٠,٥٦	٠.٧٠
٢٠ - أصبحت أواجه صعوبة في تركيز انتباهي.	٠,٧٥	٠,٣٩	٠.٥٥
١٧ - أشعر بأني أعيش ما حدث لي خلال الأزمة.	٠,٥٦	٠,٦٨	٠.٤٤
٢٢ - تناقصت إهتماماتي بالأنشطة الإعتيادية.	٠,٥٣	٠,٣٣	٠.٤٦
٢٦ - أنزعج بشدة عندما أتعرض لمواقف تذكرني بالصدمة.	٠,٤٩	٠,٥١	٠,٥١
٢٣ - أتجنب جميع الأماكن والشوارع التى تذكرني بالصدمة.	٠,٤٥	٠,٥٩	
٣٠ - أشعر بدنو الأجل وأني لن أعيش طويلاً.	٠,٤٥	٠,٣٣	٠.٤٧
العامل الثاني: «الإضطرابات الإنفعالية » :			
٠٦ - أصبحت سريع الغضب.	٠,٨١	٠,٨٠	٠.٨٤
٠٧ - مزاجي متقلب وشعوري متغير.	٠,٧٦	٠,٧٦	٠,٧٧
٠٥ - لدى رغبة في الإنعزال عن الآخرين.	٠,٦٠	٠,٦٤	٠,٧٧
١٠ - أصبحت متوتراً وعصبياً .	٠,٦٦	٠,٦٠	٠,٦٨
٠٣ - أشعر بالضيق والحزن.	٠,٦٢	٠,٤٨	٠,٦٦
٠٨ - ألوم نفسي وأشعر بالذنب والتقصير.	٠,٥٣	٠,٥٨	٠,٥٨
٠٢ - أجد صعوبة في النوم.	٠,٣٩		٠,٤٠
٢٧ - أشعر بأني أصبحت عاجزاً عن تبادل مشاعر المودة.	٠,٣٨	٠,٤٤	٠,٤١
العامل الثالث : «تجنب التفكير بالصدمة» :			
١٣ - أحاول جاهداً أن أتجنب كل ما يذكرني بالصدمة.	٠.٨٤	٠,٨١	٠.٨٥
١٢ - أبذل جهدي لتجنب الحديث عن الصدمة.	٠,٨٣	٠,٨٠	٠,٨٥
١٥ - أحاول جاهداً أن أتجنب الأفكار والمشاعر عن الصدمة.	٠,٧٨	,٠٧٤	٠.٧٥
١١ - تلح على الصدمة وأتذكرها.	٠,٥١	٠,٤٤	٠.٥٥
٢٨ - أتجنب المواقف التى تشبه الصدمة.	٠,٤٥	٠.٤٨	٠,٣٨
٠٩ - أخاف عند اقترابي من المكان الذى وقعت به الصدمة.	٠,٤٣	٠,٣٧	٠,٤٩
١٦ - أشعر أحيانا أن هذه الصدمة لم تحدث في الحقيقة.	٠,٣٩	٠,٤٧	
١٤ - أشعر بالضيق عندما أتذكر ما حدث لي.	٠,٣٨	٠,٣٦	٠,٣٤
١٨ - تفاصيل الصدمة تفرض نفسها على تفكيري.			
العامل الرابع : « القابلية المرتفعة للإستثارة :			
٠١ - أحلم أحلاماً مزعجة (كوابيس) عن الصدمة.	٠,٦٢	٠.٧٨	٠,٤٩
٢٩ - أصبحت بعد الصدمة أشكو من بعض الآلام الجسمية.	٠,٥٨	٠,٤٨	٠,٦١
٠٢ - أجد صعوبة في النوم.	٠,٥١	٠,٦٦	٠,٣٨
٢٥ - أصبح نومي متقطعاً ومضطرباً.	٠,٤٢	٠,٥١	٠,٣٨
٠٤ - أنزعج وأقفز من مكاني عند سماع الأصوات العالية.		٠,٤٩	

جدول رقم (٢)

معاملات ثبات كرونباخ

ألفا للعوامل الأربعة والدرجة الكلية على المقياس

العوامل الأربعة	معاملات الثبات (ألفا)		
	العينة الكلية	الذكور	الإناث
الشعور بتكرار الحدث	٠,٨٥	٠,٨٣	٠,٨٥
الإضطرابات الإنفعالية	٠,٨٥	٠,٨٤	٠,٨٦
تجنب التفكير في الصدمة	٠,٨٥	٠,٨٥	٠,٨٤
القابلية المرتفعة للإستشارة	٠,٧٣	٠,٧٠	٠,٧٦
الدرجة الكلية	٠,٩٤	٠,٩٣	٠,٩٤

جدول (٣)

المتوسطات (م) والإنحرافات المعيارية (ع) لكل من الدرجة الكلية على مقياس إضطراب الضغوط التالية للصدمة والعوامل الأربعة المستخرجة منه وحالة القلق وسمة القلق للعينة الكلية من الذكور والإناث وللذين يتعرضون لصدمة عديدة، وللذين لم يتعرضوا للصدمات

المتغيرات	العينة الكبرى		ذكور		إناث		صدمات عديدة		بدون صدمات	
	م	ع	م	ع	م	ع	م	ع	م	ع
الدرجة الكلية	٤٢,١	٢٤,٩	٣٧,٣	٢٣,٣	٦٦,٩	٢٥,٥	٥٤,٩	٢٣,٨	٢٦,٩	٢٢,٦
العامل الأول	١٢,٤٣	٠,٢٤	١١,٥	٣٠,٣	١٣,٨	٠,٣٥٣	١٦,٤	٠,٤٥	٨,٥	٠,٣٩
العامل الثاني	١٢,٠٦	٠,٢٢	١٠,٥٣	٠,٣	١٣,٥	٠,٣٢	١٥,٤	٠,٤٤	٩,٣	٠ ٤
العامل الثالث	١٢,٥	٠,٢٣	١١,١	٠,٣٢	١٣,٧	٠,٣٣	١٦,١	٠,٤٥	٨,٥	٠,٤١
العامل الرابع	٣,٨٩	٠,١٠	٣,٦	٠,١٤	٤,٢	٠,٢	٥,١٥	٠,٢٢	٢,٧٥	٠,٢
سمة القلق	٤٧,١	٦,٤	٤٦,٨	٦,٦	٤٧,٤	٦,١	٤٧,٥	٥,٩	٤٦,٢	٦,٩
حالة القلق	٤٤,٩	١٠,٥	٤٣,٤	١٠,٨	٤٦,١	١٠,٠	٤٧,٤	١٠,٣	٤٢,٩	١١,٥

جدول (٤)

المتوسطات (م) والإنحرافات المعيارية (ع) للدرجة الكلية على مقياس
إضطراب الضغوط لدى من تعرضوا لصدمة ومن لم يتعرضوا لها وقيم «ت»

مقياس الضغوط التالية للصدمة								
العينات	تعرضوا لصدمة أو أكثر			لم يتعرضوا لأي صدمة			قيمة « ت »	الدلالة الإحصائية
	ن	م	ع	ن	م	ع		
ذكـــــور	١٠٨	٥١,٥٠	٢٤,٨	٢٣٢	٢٦,٩٢	١٩,٨	٩,٠٢	٠,٠٠١
إنــــاث	٢٢٣	٥٦,٦٦	٢٣,١١	١٦٢	٣٤,٣٧	٢٥,٣	٨,٨٢	٠,٠٠١
العينة الكلية	٣٣١	٥٠,٩٩	٢٣,٨	٣٩٤	٢٩,٩٨	٢٢,٥	١٤,٨٤	٠,٠٠١

جدول (٥)

معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية على مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة
والعوامل الأربعة التابعة له وحالة القلق وسمة القلق للعينة الكلية والذكور والإناث
الذين تعرضوا لصدمات والذين لم يتعرضوا لصدمات

المتغيرات	العينة الكلية		الذكور		الإناث		بدون صدمات		صدمات عديدة	
	حالة القلق	سمة القلق	حالة القلق	سمة القلق	حالة القلق	سمة القلق	حالة القلق	سمة القلق	حالة القلق	سمة القلق
الدرجة الكلية لمقياس إضطراب الضغوط	*٠,١٦	*٠,٤٨	*٠,١٣	*٠,٤٤	*٠,١٨	*٠,٥١	٠,٠٨	*٠,٣٤	*٠,١٩	*٠,٥٤
١- الشعور بتكرار الحدث	*٠,١٢	*٠,٤١	*٠,٠٨	*٠,٣٨	*٠,١٥	*٠,٤٢	٠,٠٥	*٠,٢٨	٠,١١	*٠,٤٤
٢ - الإضطرابات الإنفعالية	*٠,١٨	*٠,٦٠	*٠,١٨	*٠,٥٤	*٠,١٧	*٠,٦٢	٠,١١	*٠,٥١	*٠,٢٦	*٠,٦٨
٣ - تجنب التفكير في الصدمة.	*٠,١١	*٠,٢٥	*٠,٠٧	*٠,٢٠	*٠,١٣	*٠,٢٨	٠,٠٣	*٠,٠٥	٠,١١	*٠,٢٣
٤ - القابلية المرتقبة للإستثارة	*٠,١٤	*٠,٤٢	*٠,١٢	*٠,٣٨	*٠,١٥	*٠,٤٥	٠,٠٦	*٠,٣١	*٠,٢٣	*٠,٥٠

* مستوى الدلالة = ٠٠٠,

المناقشة والتعقيب

د . بدر بورسلي :

أشكر الدكتورة فوزية ، فقد وفّرت عليّ الوقت وأعطت مقدمة جيدة (لـ PTSD) وهذا شيء طيب .

ما سأعلق عليه هو أن هناك آثاراً نفسية للتعذيب الجسدي والنفسي ، وفي كثير من الدراسات ثبت أن التعذيب النفسي أشد من التعذيب الجسدي ، وهناك تطبيقات عملية حدثت أثناء العدوان ، فقد كان هناك من الناس من يقال لهم إنهم سيعدمون ولا يعدمون ، وقد عشت هذا شخصياً أثناء الغزو يعطوننا الأمل بأننا سنرجع إلى بيوتنا ،ونفاجأ بأننا في سجن آخر ، ومن سجن إلى سجن وهكذا ، ولا شك أن هذه معاناة غير طبيعية .

كذلك عندما ذكرت الأستاذة أنهم يحشرون عدداً كبيراً في مكان ضيق ، قد لا ندرك مدى المعاناة ، ولكن عندما وضعونا في غرفة صغيرة وعددنا ما يقارب ٢٥٠ فرد ، فكان الشباب مرصوصين على جنوبهم بشكل عكسي ، بحيث أن قدميك تصلان إلى فم زميلك ، وقدماه تصل إلى فمك ، ويبقى عدد من الأفراد لا يستطيعون النوم لأنهم في وضع جلوس . . تصور نفسك لمدة ليلتين بهذا الشكل . . . كيف يكون أثرها النفسي عليك؟

وهناك تعليق آخر : أن هناك أحياناً آثاراً نفسية قد تعيق الإنسان ، وأنا أذكر حالة مرت علينا في مركز الرقعي لا أنساها ، وهذه الحالة تثبت أن المتاعب النفسية قد تحدث بعد سنوات خمسة أو سبعة ، هذه الحالة جاءتنا بعد سنتين : الرجل الزوج استمر لمدة سنتين بدون عمل(موظف/ شرطي)وكانت زوجته لا تعمل ومعاشهم يعتمد على عطاء أهل الخير والمساعدة - هذا الرجل يشعر بالخوف من خروجه من باب بيته خشية أن يقبض عليه من قبل الجنود العراقيين فلنتصور كيف يكون الـ PTSD معوقاً للإنسان - سنتين بلا عمل

وأهله وأولاده يعانون !!!

عرض حالة : قصدت من عرض الحالة أن أبين أنه من الممكن أن يعالج أناس كثيرون من الـ PTSD بشكل شمولي ، وقد اتجهت في هذا إلى نموذج «إيجن » وهو عالم أمريكي يتبع نظرية «التمركز حول العميل» – نموذج «إيجن مكون من ثلاث مراحل وكل مرحلة من ٣ خطوات يعني تسع خطوات» .

الطريقة : عمل تحليل للحالة ويكون هناك لدى الشخص الهدف الأسمى لتحقيقه ، ولكى تحقق الهدف البعيد لابد من تحقيق أهداف مرحلية للوصول إلى الهدف الأسمى .

طريقة «إيجن» ممتازة إذا استطعنا أن نعلّم الشخص هذه المهارة عن طريق هذا النموذج – يستطيع الشخص أن يطبق هذه المهارة في المستقبل على هذه الأهداف التي يريدها حتى يصل إلى الهدف الأسمى – طبعاً – لاأستطيع معالجته حتى يصل طبيعياً ١٠٠٪ فقد تطول الجلسات إلى ٤٠ جلسة وتأخذ فترة طويلة ولكن يمكن أن نختصر في ٨ – ١٢ جلسة وهذه الدراسة (الحالة) تراوحت إلى ١٦ جلسة بعدها يستطيع الشخص أن يقول إنه يستطيع الوصول إلى الهدف البعيد .

الحالة تعاني من الـ PTSD – المرحلة الأولى : بسيطة لاتتعدى ثلاث خطوات :

الخطوة الأولى : سماع القصة سماع نفسي (تفاعل مع العميل) تفهم مشاعره وتحاول توصيل ذلك إلى الشخص ، وإياك أن تخبره بأنك تعرف مشاعره ، قل له – أنك تفهمها ، فإن اخبرته أنك تعرف مشاعره سيرد عليك «ما أدراك من ماذا أنا أعاني» فأحذر من هذه الكلمة . وأثناء سماع القصة حاول التلخيص . . .

وفي الخطوة الثانية : حاول إظهار إيجابيات هذا الشخص ، حاول أن تعطيه جرعات من الإيجابيات لرفع معنوياته ويزداد في إعطائك ما عنده لأنه وثق بك .

الخطوة الثالثة : الوصول مع الشخص إلى الهدف من مجيئه ، ماذا يريد؟

هناك مرحلة ثانية أيضاً : تتكون من ثلاث خطوات :

الخطوة الأولى : لكي نصل إلى الدافعية التي ذكرتها وطلبتها – ما هي المراحل التي تصل إلى هذا الهدف؟ استعملنا طريقة : العاصفة الفكرية : وهو قول كل ما يطرأ من

أفكار على بالك خيالية وواقعية – نحاول تعليمه أن يخرج كل الأفكار لديه .

الخطوة الثانية : انتقاء الأفكار والأهداف التي ذكرها وعنده قدرة على تطبيقها ، فبعضها خيالي لا يمكن تطبيقه ، وبعضها واقعي يمكن تحقيقه .

الخطوة الثالثة : اختيار أحد هذه الأهداف الواقعية وهي أصعب خطوة في هذه المرحلة .

المرحلة الثالثة :

وهي وضع خطة ، وحسب نموذج «إيجن» تمر بثلاث خطوات :

الخطوة الأولى : وجود وقت مناسب لتحقيق الهدف وتحديد الأدوات اللازمة لذلك – وقد يستفاد من الخيال الذي اخترع «الإنترنت» الخيال يثري التفكير ، ويشجع على تحقيق الهدف – دعه يتخيل كيفما يشاء .

الخطوة الثانية : تنتقي من الخيال ما يمكن تحقيقه على أرض الواقع ومن الأدوات ما يناسبه وتكون في متناول يده .

الخطوة الثالثة : نضع هذه الأدوات في خطة مع الاهتمام بعامل الوقت والمعوقات التي تصعب تنفيذ الخطة أو تؤخر تنفيذها وبعد أسبوع نناقشه في مسار الخطة لكي نستطيع مستقبلاً أن نطبقها في تحقيق أهداف أخرى .

د . كاظم أبل :

بالنسبة للدكتور بورسلي أشكره على الطرح – وهو أسلوب ممتاز للطرح – وقوة التخيل في هذه الطريقة ممتازة . .

د . أحمد :

حتى تكتمل فائدتنا أرجو أن تبين لنا نوع الصدمة التي عرضها (د .بورسلي) .

وبالنسبة للدكتورة فوزية : المقاييس التي استخدمت كثيرة فحبذا لو وجدنا هذه المقاييس التي يستخدمها الأخوة وشكراً .

د . مصطفى : أشكر الاستاذة فوزية والدكتور بورسلي ، عرض الاستاذة فوزية جيد ، وبحث قيم ، ودقة في عرض العينة ولكن : هل المقاييس الآن مستقرة على أداة معينة في علاج الحالات في مركز الرقعي – هل وصلتم إلى أداة ثابتة؟

وبالنسبة للدكتور بورسلي : انطباعي الأول أنه طبيب نفسي والحقيقة أن بحوثي للضغوط التالية للصدمة تدعمك فيما يختص بأعراض الضغوط التالية للصدمة وعلاقتها بتقدير الذات .

د . أحمد : أود أن أثير نقطتين :

الأولى : أن الحالات التي نستعرضها هي الحالات التي نجحنا في علاجها أو نعتقد ذلك ، فما بال الحالات التي لم ننجح معها؟

هل نعيد دراسة المناهج لكي نعرف السبب؟

هل العيب في الأداة أم في المرشد أم المسترشد؟

النقطة الثانية : إن تجاوب العسكريين الذي تحدثت عنها أ .فوزية أن لهم مآسي – هل ذلك ما شعروا فيه أو هو ما فهمته وأحست فيه ، هل هي تجربة ذاتية أم تجربة مطعمة وسماع من الغير؟

الرد من المحاضرين :

د . **بدر بورسلي** : الدكتور/ سأل عن نوعية الصدمة؟ هي فعلاً صعبة ، وهي للأسف محاولة اغتصاب– ولاأستطيع أن أوضح أكثر من ذلك .

أما بالنسبة لاختبارات الذات – لا شك أن الدراسة صحيحة ، ولكن المقاييس لم تمر على مترجمة أو مقننة وهنا في مركز الرقعي لم تمر على أداة مترجمة .

بالنسبة للدكتور أحمد : بالنسبة لعلم النفس وبالتحديد PTSD عملية النجاح في هذه الحالات نجاح نسبي ، بعض العوامل تكون شخصية وهذا ما لاحظته في مركز الرقعي أو في مكتب الإنماء الاجتماعي .

فقد لا يتوفر لدى الشخص دافعية كافية ليحضر العلاج ، وقد يحضر وبعد جلستين أو ثلاث ينقطع عن الحضور – وذلك بسبب الشفاء التام أو أنه لم يتقبلني أو يتقبل أسلوب العلاج ، وشكراً .

أ . فوزية : بالنسبة للشفاء الطبيعي – طبعاً في بعض الحالات يمكن أن تشفى بسهولة - يعتمد ذلك على شدة الصدمة ، فقد تطول الصدمة مع الإنسان ، أو تكون الصدمات ذات أعراض بسيطة فقد تشفى بسرعة ، وبالنسبة للوقت الذي تم القياس خلاله فكان سنتين ونصفاً ، وزعنا الاستبيانات وتلقينا البيانات .

وبالنسبة للمقاييس : أن يوجد مقياس نأمل ذلك ، ولكن كل باحث له نظرة معينة في العلاج خاصة الـ (PTSD) فقد تظهر أعراضه بعد أربعين سنة .

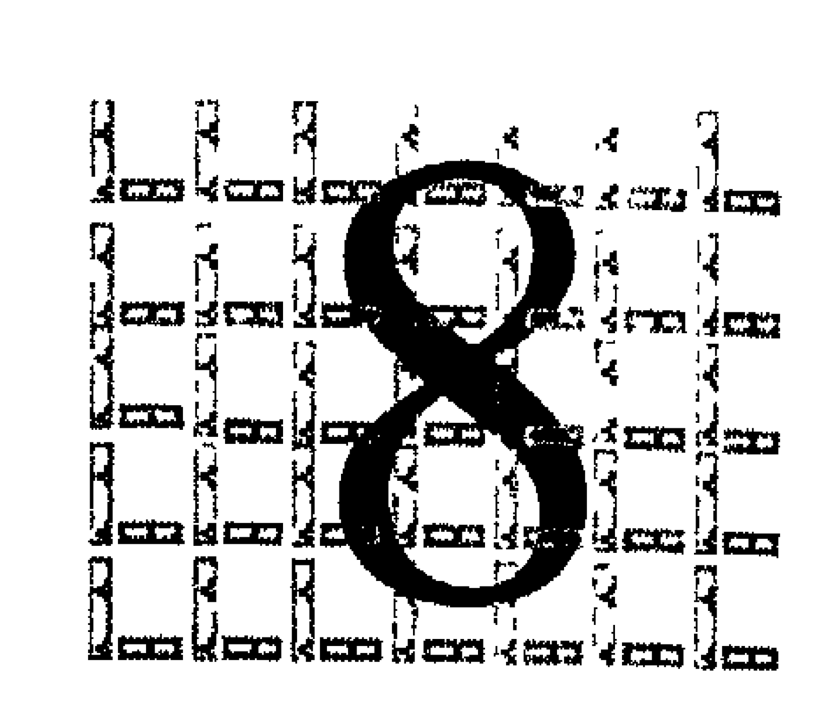
بالنسبة للدكتور أحمد : خبراتهم شخصية ،وقد مروا بها ، أو ممارسات وقعت عليهم أو مشاهدات مرت عليهم .

د . **أحمد** : ولكن قد يبالغ الشخص

أ . **فوزية** : الأسئلة والإجابات محددة فهي إما : نعم أو لا مثل : هل أرغمت على مشاهدة أحد أفراد العائلة يعذب؟ شكراً .



الجلسة الثامنة



خبرات المعالجين بالقرآن الكريم مع الحالات الكويتية لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة

رئيس الجلسة : أ . عادل عباس

المتحدث الرئيسي : أ . طلال الديحاني

البحث

مقدمة:

لقد وقع العدوان العراقي الغادر على دولة الكويت وقعاً أليماً مدوياً وهائلاً في آثاره الدينية والاجتماعية والنفسية على حد سواء ، «إن هدم العدوان العراقي الذي خلفه لا يُقاس بالمباني المهدمة والجسور المحطمة والآبار المحترقة بل يُقاس بالدمار النفسي الهائل في الذات الكويتية»(١) .

إن الآثار الوحشية التي تركت على النفس الكويتية من قتل وبطش وتعذيب واغتصاب طالت كل الأفراد وعلى جميع المستويات وعلى جميع الأعمار أيضاً ، حتى الأطفال الرضع لم يسلموا من غوائل هذا العدو الخائن .

إن هذه الحرب غير المبررة جريمة في حق الإنسان ورمز للظلم والوحشية والغدر والخيانة .

إن هذه الحرب تسببت في سقوط ضحايا أبرياء نحسبهم شهداء عند الله تعالى ، وبدخول أسرى مظلومين في سجون طاغية متغطرس ، وبوجود أحياء بيننا لهم نفوس مكتئبة ، وأفئدة قلقة وصدور ضيقة . . . واليوم نجد الدراسات والبحوث والتوثيق والبحث العلمي ،

لأسباب لا تتسع هذه الورقات لسردها ، ومن الملاحظ أن معظم الدراسات المطروقة حالياً هي ما تتعلق بالنواحي الاجتماعية والسلوكية والإنسانية بصفة عامة ، وفي السابق كانت الدراسات تتعلق في معظمها بالنواحي البيولوجية والطبيعية ، ولاشك أن في العوامل الدينية الإسلامية دوراً لا يقل أهمية عن بقية العوامل الأخرى كالسلوكية أو الاجتماعية أو العضوية .

وعلى كل حال فإن البحوث بصفة عامة سواء كانت ذات صبغة إسلامية أو اجتماعية أو نفسية فإنها كلها تبحث عن سعادة الإنسان وشفائه من أمراضه ، ليحيا حياة هانئة مطمئنة .

ومعرفة وجهة نظر الدين الإسلامي في أسباب الصحة النفسية وأسباب المرض النفسي أمر مهم من وجهة نظر كاتب هذه السطور ، وذلك لنفهم شخصية الإنسان فهماً دقيقاً بحيث نكون أقدر على معرفة أسباب شقائه لنكافحها ، وأقدر على معرفة سعادته لنشدها ونقويها .

وذلك لأن الذي يصنع أي شيء كالكرسي مثلاً هو الأقدر على فهم كل ما يتعلق بهذا الكرسي من سلبيات وإيجابيات ، من نقاط ضعف ومن نقاط قوة . . ولله المثل الأعلى ، فالله سبحانه وتعالى هو الخالق المصور الذي خلق الإنسان ، ويعلم ما تكتنف هذه النفس من مشاعر وأحاسيس وطبيعة تكوين . قال تعالى : ﴿**ألا يعلم من خلق وهو اللطيف الخبير**﴾ (الملك :١٤) .

يقول الفيلسوف وعالم النفس الأمريكي «وليم جيمس» William James «إن بيننا وبين الله رابطة لا تنفصم ، فإذا نحن أخضعنا أنفسنا لإشرافه – سبحانه وتعالى – تحققت كل أمنياتنا وآمالنا» . وقال أيضاً : «إن أمواج المحيط العنيفة المتقلبة لا تعكر قط هدوء القاع العميق ولا تُقلق أمنه ، وكذلك المرء الذي في عمق إيمانه بالله – سبحانه وتعالى – خليق بألا تعكر طمأنينته التقلبات السطحية المؤقتة ، فالرجل المتدين حقاً عصي على القلق ، محتفظ أبداً باتزانه ، مستعد دائماً لمواجهة ما عسى أن تأتي به الأيام من صروف» . وقال أيضاً «إن أعظم علاج للقلق ولا شك هو الإيمان» . وقال «كارل يونج» Garl G. Jung المحلل النفسي المعروف : «استشارني في خلال

الأعوام الثلاثين الماضية أشخاص من مختلف شعوب العالم المتحضرة !! وعالجت مئات كثيرة من المرضى فلم أجد مريضاً واحداً من مرضاي الذين كانوا في المتصف الثاني من عمرهم - أي جاوزوا الخامسة والثلاثين منه - من لم تكن مشكلته في أساسها هي افتقاره إلى وجهة نظر دينية في الحياة ، وأستطيع أن أقول : إن كل واحد منهم قد وقع فريسة المرض لأنه فقد ذلك الشيء الذي تمنحه الأديان القائمة في كل عصر لأتباعها ، وأنه لم يتم شفاء أحد منهم حقيقة إلا بعد أن استعاد نظرته الدينية في الحياة» . ويقول «أ . أ . بريل» AA. Brill المحلل النفسي : «إن المرء المتدين حقاً لا يعاني قط مرضاً نفسياً» .

وذكر «هنري لينك» Henry Link العالم النفسي الأمريكي في كتابه «العودة إلى الإيمان» أنه« وجد نتيجة خبرته الطويلة في تطبيق الاختبارات النفسية على العمال في عملية الاختيار المهني والتوجيه المهني أن الأشخاص المتدينين الذين يترددون على دور العبادة يتمتعون بشخصية أقوى وأفضل ممن لا دين لهم أو لا يقومون بأية عبادة» . والأمر لا يقتصر على علماء النفس وحدهم بل يشاركهم في هذا التوجه كثير من المفكرين الغربيين في العصر الحديث ، فقد أشار المؤرخ «أرنولد توينبي» A. Toynbee : «إلى أن الأزمة التي يعاني منها الأوربيون في العصر الحديث إنما ترجع في أساسها إلى الفقر الروحي ، وإن العلاج الوحيد لهذا التمزق الذي يعانون منه هو الرجوع إلى الدين» (٢) .

إن ما سبق ذكره من آراء حول أثر الدين في سعادة النفس البشرية هي لعلماء غربيين تكلموا عن دينهم ومذهبهم ، ويحق لي أن أتساءل كيف لو عرف هؤلاء العلماء الدين الإسلامي العظيم؟ ودرسوا مبادئه وأحكامه وتشريعاته؟ ماذا يمكن أن يقول هؤلاء العلماء حينذاك . لاشك أنهم سوف يدهشون أمام عظمة هذا الدين الخالد .

إن علم النفس الذي يدرس الآن في الجامعات العربية والإسلامية إنما هو مستمد من الغرب وهو يعتمد في وصفه للإنسان ، وفي الحقائق التي يتبناها على نتائج بحوث أجريت في الأغلب على مجتمعات غربية بعيدة كل البعد عن المجتمعات الإسلامية ، لها تصورها الخاص عن الإنسان وفلسفتها

الخاصة في الحياة وثقافتها المختلفة وقيمها المختلفة ولاشك أن لهذه العوامل تأثيراً كبيراً في توجيه الدراسات النفسية التي تجري في هذه المجتمعات . فاهتمام فرويد مثلاً بالغريزة الجنسية في دراسته لأسباب الأمراض النفسية إنما يرجع في الأغلب ، إلى ثقافة عصره وانتماءاته الفكرية والدينية التي كانت تنظر إلى الجنس نظرة استقذار واستقباح ، وترى أن هذه العملية مشينة ورذيلة يجب على الإنسان السوي مقاومتها ! ! ولذلك أثر هذا التوجه على دراسات «فرويد» بطريقة مبالغ فيها إلى درجة أنه اعتبر جميع الأمراض النفسية ناشئة عن كبت الدافع الجنسي .

ويلاحظ أيضاً في المجتمعات الغربية التي غلب عليها الاتجاهات المادية في الحياة ابتعادها عن الاهتمام بالنواحي الروحية والدينية ، ولهذا فقد اتجهت فيها الدراسات النفسية إلى موضوعات تتعلق بالنواحي المادية والبيولوجية والاجتماعية من السلوك الإنساني ، وأغفلت النواحي الروحية وتأثيرها على السلوك . وتمشياً مع هذا الإتجاه المادي تأثر علماء النفس المعاصرون تأثيراً واضحاً من إغفالهم لدور الدين والإيمان والنواحي الروحية في الصحة النفسية ، وأصبح كل اهتمامهم في الصحة النفسية على سبيل المثال ، ينصب على مستوى الكفاءة والفاعلية ، وكثيراً ما يركزون على صحة المرء النفسية مرتبطة بمدى قدرة الإنسان على إشباع حاجاته المادية والدنيوية فقط .

إن علماء النفس المعاصرين قد حصروا أنفسهم في دراسة الظواهر النفسية التي يمكن فقط ملاحظتها وتجنبوا البحث في كثير من الظواهر النفسية المهمة التي يصعب إخضاعها للملاحظة أو البحوث التجريبية ، ولهذا أبعدوا النفس البشرية من الدراسة والبحث ، وقصروا دراساتهم حول السلوك البشري الذي يمكن ملاحظته وقياسه ، ولهذا السبب فقد نادى بعضهم بتغيير اسم علم النفس إلى علم السلوك لأن علم النفس الحديث يدرس السلوك ولا يدرس النفس . وكان نتيجة هذا الإتجاه في تطبيق مناهج العلوم الطبيعية في بحوث علم النفس أن سادت في دراساته وجهة النظر المادية التي ترجع جميع الظواهر النفسية إلى العمليات الفسيولوجية ، والتي تنظر إلى الإنسان كنظرتهم إلى الحيوان بل

إنهم جعلوا من دراستهم لسلوك الحيوان المدخل الطبيعي - من وجهة نظرهم - لفهم سلوك الإنسان ، مغفلين أو متغافلين الفرق الهائل بين الإنسان والحيوان ، وذلك بتميز الإنسان بالروح والمشاعر والأحاسيس والمبادئ والقيم والمثل . قال تعالى : ﴿**ولقد كرمنا بني آدم وحملناهم في البر والبحر ورزقناهم من الطيبات وفضلناهم على كثير مما خلقنا تفضيلاً**﴾ (الإسراء :٧٠) . وتكريم الله للإنسان مرتبط بمدى ارتباط الإنسان بربه وخالقه ، وذلك لأن الحياة المطمئنة والسعادة الحقيقية هي أن يسير المرء وفق مناهج الله عز وجل ووفق ما شرعه ووفق ما أحلّه وما حرمه . قال تعالى : ﴿**فمن تبع هداي فلا خوف عليهم ولا هم يحزنون**﴾ (البقرة :٣٨) . وقال عزَّ من قائل : ﴿**ألا إن أولياء الله لا خوف عليهم ولا هم يحزنون الذين آمنوا وكانوا يتقون لهم البشرى في الحياة الدنيا وفي الآخرة لا تبديل لكلمات الله ذلك هو الفوز العظيم**﴾ (يونس :٦٤) . وإذا سار الإنسان وفق نزواته وأهوائه وشهواته فلا شك أنه ينحط وينزل عن مرتبة الآدمية ويحيا حياة تعيسة قلقة مضطربة ، قال تعالى : ﴿**إن شرّ الدواب عند الله الذين كفروا فهم لا يؤمنون**﴾(الأنفال :٥٥) . وقال عز من قائل :﴿**ومن أعرض عن ذكري فإن له معيشة ضنكا ونحشره يوم القيامة أعمى قال رب لمَ حشرتني أعمى وقد كنت بصيراً قال كذَلَكَ أتتك آياتنا فنسيتها وكذلك اليوم تُنسى**﴾(طه :١٢٦) [٣] .

خصائص علم النفس الإسلامي:

الإسلام دين عظيم ، دين صالح وكامل لكل زمان ومكان ، صالح لكل الحوائج الإنسانية ، قال تعالى : ﴿**اليوم أكملت لكم دينكم وأتممت عليكم نعمتي ورضيت لكم الإسلام دينا**﴾ . ومن الجوانب المهمة التي يُعالجها هذا الدين العظيم جانب النفس الإنسانية - ما يطلق عليه بعلم النفس - وهناك كثير من المسلمين يعتقدون - للأسف الشديد - أن هذا العلم من اكتشاف علماء الغرب ، وهذا من الظلم البيِّن لهذا الدين العظيم ، ونتمنى من الله العلي العظيم أن يقيض رجالاً مخلصين لا يدخرون جهداً في البحث عن جوانب هذا التراث الأصيل وطياته ، واستكشاف درره ومكنوناته النفسية ، وتسليط الضوء عليها

وبيان أسبقية الإسلام في معالجة الأمراض النفسية ووضع العلاج المناسب لها ، ولا أدل على ذلك من أن كثيراً من الحقائق النفسية التي نشرت في الغرب تجد أصولها في القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة .

خصائص العلاج النفسي الإسلامي:

أولاً : أنه علاج إيماني يعتمد على ترسيخ دعائم الإيمان في الفرد والأسرة والمجتمع ولا شك أن للإيمان أقوى تأثير في النفس الإنسانية من حيث قوته وضعفه ، فقوة إيمان المؤمن تجعله يشعر بالراحة والسعادة والأمان والاطمئنان والهدوء والسكينة ، والعكس صحيح فكلما ضعف إيمان المرء كلما كثرت مشاكله النفسية وزادت تعاسته وكثرت همومه .

ثانياً : إنه علاج أخلاقي في وجهته وفي غايته بمعنى أن الإسلام يحترم كرامة الإنسان ، ويصونها ويدعو إلى التخلق بالأخلاق الحميدة والصفات الجليلة ،ويعتمد في علاجه للأمراض بصفة عامة على بث المبادئ والأخلاق الحميدة في الفرد والمجتمع على حد سواء ، ولقد دلت الأبحاث العلمية الجديدة على أن هناك ارتباطاً وثيقاً بين الانحراف الخلقي والانحراف السلوكي فكلاهما يمكن أن يعد سبباً للآخر .

ثالثاً : إنه علاج تعضيدي - بلغة العصر الحديث - أي أنه يقدم العون والمساعدة والتأييد والتشجيع للمريض حتى يتحرر من ربقة المرض ومن مشاعر الضعف والهزيمة .

رابعاً : إنه علاج إقناعي : بمعنى أنه يقوم على أساس إقناع المريض بالحلول المنطقية ، وهو بذلك يستخدم تأثير العقل إلى جانب التأثير في إرادة المريض وفي شعوره .

خامساً : إنه علاج سلوكي : بمعنى أنه يهدف إلى تقويم سلوك الفرد وتصرفاته ، وذلك لأن الغاية العظمى للدين الإسلامي هي تقويم سلوك الإنسان ، وهذه هي غاية العبادة ، قال تعالى : ﴿**وما خلقت الجن والإنس إلا ليعبدون**﴾ ، ويقول المصطفى ﷺ : «**إنما بُعثت لأتمم مكارم الأخلاق**» .

سادساً : إنه علاج شمولي : بمعنى أنه يتناول شخصية المسلم من كافة جوانبها البدنية والعقلية ، والنفسية ، والخلقية ، والاجتماعية . . .إلخ . فالإسلام يشمل

بعنايته الإنسان منذ أن يولد بل وقبل أن يولد وإلى نهاية رحلة حياته .

سابعاً :أنه علاج واقعي - عقلاني - فلا مجال للخرافة أو الشعوذة أو الدجل أو الوهم . . .فهو يهتم ويخاطب عقل الإنسان وفكره وحسه ووجدانه ، ويعتمد على الإقناع والبرهنة والتأمل وإعمال الفكر والوصول إلى النتائج على أساس الاستدلال العقلي والمنطقي[٤] .

النفس الإنسانية في الآيات القرآنية:

من الجوانب المهمة التي عالجها القرآن الكريم موضوع النفس الإنسانية ، وكل ما يتعلق بهذه النفس : حقيقتها . . غايتها . . مفهومها . . خصائصها . .الخ . ونتعرف على النفس الإنسانية من خلال القرآن الكريم وكأننا نقرأ في كتاب مفتوح لا لبس فيه ولا غموض ، وعند أي مقارنة يسيرة مع الطب النفسي الحديث (النموذج الغربي) نجد الاختلاف والتضارب والتباين والتناقض في الآراء حتى في المدرسة الواحدة وفي الاتجاه الواحد ، ونجد هذا الاختلاف الكبير يشمل أبسط الأشياء وأصغرها فليس هناك شيء متفق عليه إلا ما ندر . والسبب في ذلك أن حديث القرآن الكريم عن النفس الإنسانية مثلاً حديث من خالق عن مخلوقه ، بينما محدثيهم ، حديث من مخلوق عن مخلوق مثله ، يتخبط في دياجير الظلام ، يهتدي أحياناً ويضل أحياناً أخرى .

النفس في القرآن الكريم:

- إيمانها بالله عز وجل : ﴿**وما كان لنفس أن تؤمن إلا بإذن الله** . .﴾ (يونس :١٠٠) .
- تكليفها : ﴿**لا يُكلف الله نفساً إلا وسعها**﴾ (البقرة : ٢٨٦) .
- تعمل وتحاسب : ﴿**يوم تجد كل نفس ما عملت من خير محضراً** . .﴾ (آل عمران :١٣١) .
- تسعى وتجزى : ﴿**إن الساعة آتية أكاد أخفيها لتجزى كل نفس بما تسعى**﴾ (طه :١٥) .
- مراتبها :

أ- النفس المطمئنة : ﴿يا أيتها النفس المطمئنة﴾ (الفجر :٢٧) .

ب- النفس اللوامة : ﴿**ولا أقسم بالنفس اللوامة**﴾ (القيامة :٢) .

جـ- النفس الأمّارة بالسوء : ﴿إن النفس

لأمّارة بالسوء إلا ما رحم ربي ، إن ربي غفور رحيم﴾ (يوسف :٥٣) .

د- عظم حرمته : ﴿انه من قتل نفساً بغير نفس أو فساد في الأرض فكأنما قتل الناس جميعاً﴾ (المائدة :٣٢) .

- وهي سبب ما يكسب الإنسان من معاص : ﴿وما أصابك من سيئة فمن نفسك﴾ (النساء :٧٩) .

- لا تعلم الغيب : ﴿وما تدري نفس ماذا تكسب غداً وما تدري نفس بأي أرض تموت﴾ (لقمان :٣١) .

- تقواها : ﴿فألهمها فجورها وتقواها﴾ (الشمس :٨) .

- الإيثار عليها : ﴿ويؤثرون على أنفسهم ولو كان بهم خصاصة﴾ (الحشر :٩) .

- تحرجها : ﴿فلا وربك لا يؤمنون حتى يحكموك فيما شجر بينهم ثم لا يجدوا في أنفسهم حرجاً مما قضيت ويسلموا تسليما﴾ (النساء :٦٥) .

- حاجتها : ﴿إلا حاجة في نفس يعقوب قضاها﴾ (يوسف :٦٨) .

- تفريطها : ﴿أن تقول نفس يا حسرتي على ما فرطت في جنب الله﴾ (الزمر : ٥٦) .

- تسويلها : ﴿قال بل سولت لكم أنفسكم أمراً﴾ (يوسف :٨٣) .

- عجبها : ﴿ألم ترَ إلى الذين يزكون أنفسهم﴾ (النساء :٤٨) .

- شحها : ﴿وأحضرت الأنفس الشح﴾ (النساء :١٢٨) .

- خيانتها : ﴿علم الله أنكم كنتم تختانون أنفسكم﴾ (البقرة :١٨٧) .

- فجورها وتقواها : ﴿ونفس وما سواها فألهما فجورها وتقواها﴾ (الشمس :٧-٨) .

- مقتها : ﴿إن الذين كفروا ينادون لمقت الله أكبر من مقتكم أنفسكم﴾ (غافر :١٠) .

- هلاكها : ﴿وإن يهلكون إلا أنفسهم وما يشعرون﴾ (الأنعام :٢٦) .

- موتها : ﴿كل نفس ذائقة الموت﴾ (آل عمران :١٨٥) .

وهكذا أخي الكريم - نجد أن النفس الإنسانية كما صورها القرآن الكريم - تؤمن وتكفر ، تحب وتبغض ، تعمل وتحاسب ، تخون وتفجر ، تمقت وتشح ، تسول وتفرط . .الخ ، هذه هي النفس الإنسانية كما صورها القرآن الكريم ، أما النفس من

المنظور «الغربي» فهي في تخبط مستمر لا تعرف عن النفس الإنسانية إلا مجرد ظنون وتخمينات ، والظنون لا تقوم مقام الحقائق الثابتة ، قال تعالى : **﴿إن الظن لا يغني من الحق شيئاً﴾** .

ومما تجدر الإشارة إليه أن المفهومات النفسية في القرآن الكريم – إلى جانب النفس – كثيرة جداً فهناك العقل والفكر والقلب واللب والفؤاد والبصيرة والحس والشعور والعلم والفهم والإدراك . .الخ .

٤- في بادئ الأمر أود أن أشير إلى أن الصدمات التي يتعرض لها الإنسان كثيرة ومتنوعة فمنها على سبيل المثال :

١- صدمة الحرب .

٢- صدمة الاغتصاب .

٣- الكوارث الطبيعية كالزلازل والبراكين والأعاصير والسيول والفيضانات .

٤- الكوارث التكنولوجية كانفجار المفاعل النووي في «تشيرنوبل» في روسيا .

٥- حوادث وسائل المواصلات التي تنجم عنها إصابات عضوية خطيرة ، كسقوط الطائرات ، وحوادث السيارات ، وتصادم القطارات ، وغرق الباخرات .

٦- الحوادث الإجرامية : كمحاولة الاغتيال أو الضرب المبرح أو السب والشتم وتحطيم الذات أو محاولة تدميرها .

٧- حوادث داخل الأسرة : كسوء استخدام الأطفال أو مضايقتهم أو التحرش بهم لا سيما من الناحية الجنسية أو ضربهم وتعنيفهم ، وكذلك ما يتعلق بالزوجة أيضاً .

٨- حوادث ذات طابع سياسي أو إرهابي : كمعسكرات الاعتقال والأسر والإرهاب والخطف والتعذيب .

٩- الإصابة العضوية البليغة : كتعرض الجسد أو أحد أعضائه للتشويه أو البتر أو التلف . . إلى غير ذلك من الحوادث والصدمات التي يتعرض لها الإنسان ، فهذه الحوادث قد تكون بفعل فاعل كالحروب مثلاً ، وقد لا تكون بفعل فاعل كالحوادث الطبيعية مثل الزلازل والبراكين والفيضانات [5] .

ولهذه الأحداث الصدمية ملامح مشتركة نعرضها فيما يلي :-

الخصائص الأساسية للأحداث الصدمية:

١- التهديد الخطير لحياة الإنسان .

٢- التهديد الخطير لتكامل أعضاء جسم الإنسان .

٣- التهديد الخطير لأناس يرتبط معهم بعلاقات وثيقة كزوجته وأمه وأبيه ونحو ذلك .

وفي الغالب يتضمن الحادث الصدمي عنصراً بدنياً عضوياً ، لكن لا يعني أن الإنسان تقتصر أحداثه الصدمية على تأثيرات عضوية ، بل التأثيرات الصدمية النفسية في الشكل والمضمون في أحيان كثيرة يكون تأثيرها أبلغ من التأثيرات البدنية ، كتعرض الإنسان للذل أو الاحتقار أو المهانة أو التقليل من قدر الذات أو محاولة تدميرها وما إلى ذلك من المواقف الصدمية التي يتعرض لها الإنسان ، ولا يكون طابعها بدنياً . إن التأثيرات النفسية التي تتركها الأحداث السابقة هي ما يُطلق عليها في علم النفس الحديث باضطراب الضغوط التالية للصدمة (PTSD) Post Traumatic Stress Disorder ويقصد بعبارة الضغوط كل ما يتعرض له الإنسان من مشاق وعنت وتعب ونصب ، ومصادر المشقة أو الضغوط على الإنسان في هذا العصر عديدة ومتزايدة كتغيرات الحياة المؤلمة وحوادث الوفاة والأمراض العضوية والألم والضيق والإحباط . . . . إلخ ، وهذا الإضطراب لم يُعرف كاضطراب نفسي إلا في عام ١٨٩٦م عندما وضع «ريجلر» Rigler مصطلح «عصاب التعويض» Compensation Neurosis ليشير به إلى زيادة معدل السقام Invalidism الذي أوردته التقارير بعد حوادث السكك الحديدية ، ثم أتى بعده «أميل كربلين» Kraepelin الطبيب الألماني المعروف واستخدم مصطلح «عصاب الرعب» Fright Neurosis ، في حين «فردريك موت» Mott لفظ «صدمة القذائف» عام ١٩١٩م .

وعلى الرغم من أن مضمون هذا الاضطراب ومظاهره ومسبباته كان معروفاً منذ قرن على الأقل فلم يعرف هذا المصطلح وهو : «اضطراب الضغوط التالية للصدمة» الاستقرار والثبات إلا عام ١٩٨٠ ، وذلك عندما أدخل في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للرابطة

الأمريكية للأطباء النفسيين ، وذلك بعد جدال عنيف في الرابطة السابقة الذكر [٦] .

اضطراب الضغوط في الآيات القرآنية:

إن القرآن الكريم لم يغفل مثل هذا الاضطراب وأشباهه فقد أشار إليه في كثير من الأحيان وإلى تأثيراته على النفس البشرية من ذلك على سبيل المثال :

١- استخدام لفظ الزلزال :

قال تعالى : ﴿**إذ جاؤوكم من فوقكم ومن أسفل منكم وإذ زاغت الأبصار وبلغت القلوب الحناجر وتظنون بالله الظنونا هنالك ابتلي المؤمنون وزلزلوا زلزالاً شديداً**﴾ (الأحزاب :٩- ١١) .

والمقصود بالزلزال هنا الزلزال المعنوي أي الصدمة العنيفة المخيفة .

وقال تعالى : ﴿**يا أيها الناس اتقوا ربكم إن زلزلة الساعة شيء عظيم يوم ترونها تذهل كل مرضعة عما أرضعت وتضع كل ذات حملٍ حملها وترى الناس سكارى وما هم بسكارى ولكن عذاب الله شديد**﴾ (الحج :١- ٢) .

والزلزال هنا حسي وليس معنوياً ، والتأثير البالغ الواقع على الناس هنا بسبب قوة المؤثر .

٢- استخدام لفظ الحرب :

قال تعالى : ﴿**كلما أوقدوا ناراً للحرب أطفأها الله ويسعون في الأرض فساداً والله لا يحب المفسدين**﴾ (المائدة :٦٤) .

انظر إلى التعبير للفظ «ناراً للحرب» وما تحمل في طياتها من الآثار السلبية للحرب سواء أكانت على الصعيد النفسي أم الاجتماعي أم الديني . . فالحرب هي النار والنار هي الحرب ، ولاشك أن أكثر ما يطلق مرض اضطراب الضغوط التالية للصدمة على الحرب لما لها من التأثيرات المدمرة على النفس البشرية بصفة عامة .

وقال تعالى : ﴿**فإما مناً بعد وإما فداء حتى تضع الحرب أوزارها**﴾ (محمد :٤) .

أي حتى تنتهي الحرب وينتهي معها كل التأثيرات السلبية غير المرغوبة ﴿**حتى تضع الحرب أوزارها**﴾ وتضع معها مشاكلها السلبية القائمة .

ما سبق ذكره من مثال الزلزال ومثال الحرب هما لمثالين فقط وإلا فهناك كثير من

الأمثلة ، منها على سبيل المثال كلمة«الدمار» ومشتقات هذه الكلمة »الدمار» ومشتقات هذه الكلمة فقد وردت في القرآن في أكثر من ١٣ موضعاً وكلمة العدوان ومشتقات هذه الكلمة فقد وردت في أكثر من ٤٢ موضعاً ، وفي الحقيقة هناك كثير من الدلالات القرآنية في هذا الشأن مثل كلمة الضرر والقتل والضياع . .الخ ، التي تدل على اهتمام القرآن الكريم بالمفاهيم والموضوعات النفسية المتنوعة .

دور الدين في علاج اضطرابات الضغوط التالية للصدمة:

لاشك في أن ما تعرض له الكويتيون في الثاني من أغسطس ١٩٩٠ هو شيء لا يمكن نسيانه ، لقد كانت آثاره السلبية على مستوى الفرد وعلى مستوى الجماعة واضحة تماماً ولا تحتاج إلى كبير بحث وعناء ، لا سيما الآثار النفسية المدمرة على الذات الكويتية .

ولا شك أن الصدمات تؤثر في الأفراد والجماعات تأثيراً على المستوى المادي والاجتماعي والنفسي بل والديني أيضاً ، وهذا التأثير قد يظهر بعد التعرض للصدمة مباشرة وقد يظهر بعد مرور وقت طويل من حدوث الصدمة .

وفي كلتا الحالتين فإن تأثير الصدمة يبقى في النفس وفي التوترات التي تظهر في التعامل مع الأفراد أو الجماعات ، وتظهر آثارها المدمرة وتتراكم هذه الآثار مع مرور الوقت لتفرز كثيراً من ردود الأفعال غير السوية على مستوى الأفراد والجماعات على حد السواء .

وقد أفادت الدراسات الكثيرة أن المرور بخبرات الحرب المؤلمة مثل التعذيب ومحاولة القتل ومشاهدة الإعدام أو التعرض للاعتقال أو الحبس . . . . .إلخ كل ذلك يسبب آثاراً نفسية تتضاعف مع مرور الوقت ، إن لم يُتدارك أمرها بوضع العلاج المبكر المناسب لها .

وقبل أن نتكلم عن دور الدين في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة يحق لنا أن نتساءل عن أعراض هذا المرض حتى نتعرف عليه ونستطيع بالتالي مقاومته والقضاء عليه(٧) .

وحسب التصنيف العالمي كما وردت مع المراجع الرابعة للتصنيف الأمريكي

للاضطرابات النفسية هي كما يلي مع شيء من التصرف :

١ - إعادة الخبرة المتصلة بالصدمة والمعاناة منها : ويتخذ ذلك أشكالاً عدة منها ما يلي :

أ - الأفكار المقتحمة ، والمشاعر ، والصور ، والذكريات .

ب - تذكر الحادث بشكل معاود يسبب الانزعاج والاضطراب .

جـ - الأحلام والكوابيس المعاودة بشكل مضايق .

د - معايشة الفرد للحادث مرة ثانية ، والخداعات والهلاوس ، استعادة شريط الذكريات .

هـ - الانزعاج نتيجة للتعرض لحوادث ترمز للصدمة أو تذكر الفرد بها .

٢ - تجنب العالم الخارجي والحذر في الاستجابة : ويضم الجوانب التالية :

أ - تناقص الاهتمام بالأنشطة المهمة .

ب - المدى الضيق للوجدان .

جـ - مشاعر الانفصال والنفور .

د - النسيان لأسباب نفسية .

٣ - السلوك التجنبي : ويشتمل على ما يلي :

أ - بذل جهد لتجنب الأفكار أو المشاعر المرتبطة بالصدمة .

ب - بذل جهد لتجنب الأنشطة أو المواقف التي تثير ذكرى الصدمة .

جـ - عدم القدرة على استرجاع جانب مهم من جوانب الصدمة .

٤ - التنبه الزائد : ويضم العناصر الآتية :

أ - صعوبات النوم .

ب - إعاقة الذاكرة وصعوبات التركيز .

جـ - التهيج وانفجارات العنف وثورات الغضب .

د - شدة الاستجابة الفيزيولوجية للأحداث التي تذكر الفرد بالصدمة أو ترمز إليها .

هـ - استجابة الإجفال (ترويع الشخص فجأة) .

و - التنبه المرتفع والتيقظ الزائد .

٥ - مشاعر الذنب : ويحدث ذلك في الحروب بوجه خاص ، حيث يتساءل الفرد : لماذا نجوت أنا ولم ينجُ من هم أفضل مني؟[8] .

على الرغم مما تبدو به هذه العبارات من

وضوح لكنها من الناحية العملية غير مطردة وغير واضحة ، وذلك لأن الغالبية العظمى من الحالات يكون لديها في نفس الوقت بعض الأعراض الثانوية الظاهرة على السطح والتي هي في أحيان كثيرة تطغى على الأعراض الأساسية منها على سبيل المثال الاضطرابات الوجدانية التي تظهر في صورة الاكتئاب أو القلق أو الأفكار المتعلقة بالموت . .الخ .

ما سبق ذكره هو ما يتعلق بالأعراض العامة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة التي يشترك فيها كل من مر بخبرة مؤلمة نتيجة هذا الاضطراب ، وهناك أعراض خاصة لمن مر بتجربة خاصة كالمغتصبات والثكلى من الزوجات والأمهات ، كالإحساس بالتمزق والعدوان والكراهية ومشاعر الذنب والمرارة والخجل عند المغتصبات ، وكالهلع وافتقاد الإرادة والحزن أو الاكتئاب عند الثكلى[9] .

علاج الاضطراب في ضوء علم النفس الحديث :

لقد اختلفت أساليب العلاج النفسي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة (PTSD) اختلافاً واضحاً وليس هناك علاج متفق عليه مع العلم بأن جميع البرامج العلاجية هدفها أن تساعد الفرد الذي بقي على قيد الحياة في التغلب على مشاكله النفسية ، وأن يعود إلى مجتمعه صحيحاً معافى .

طرق العلاج المستخدمة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة:

أحيانا يركز على طريقة واحدة للعلاج وأحياناً أخرى تستعمل أكثر من طريقة للعلاج ، ومن أهم طرق العلاج المستخدمة حالياً ما يلي :

١ – جلسات العلاج السلوكي .
٢ – العلاج المعرفي .
٣ – جلسات التنويم المغناطيسي .
٤ – العلاج النفسي الجماعي .
٥ – علاج الأسر والأزواج .
٦ – العلاج باللعب وبالتعبير[10] .

وأكثرها شيوعاً هو العلاج السلوكي والعلاج المعرفي السلوكي[11] .

ولا نريد هنا أن ننتقد هذه الطرق من العلاج إذ لا يعد ذلك أيضاً من أهداف هذا البحث ، فإن ذلك له موضع آخر ، ولكن

حسبنا أن نقول : إن كل هذه الطرق مجتمعة أو منفردة لم تصل إلى الآن إلى درجة تبعث معها على الرضا والقبول .

دور القرآن الكريم في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة:

يمكن أن نقسم أسلوب العلاج بالقرآن الكريم إلى قسمين الأول : ما يقوم به المريض تجاه نفسه ، والثاني : ما يقوم به المعالج تجاه المريض .

القسم الأول : وهو ما يقوم به المريض تجاه نفسه :

١ - الإيمان بعقيدة التوحيد :

إن توحيد الله تبارك وتعالى يبعث في النفس الإنسانية انشراحاً وسعة للمؤمن الموحد ، وقد مكث نبي الله ﷺ في مكة المكرمة ثلاثة عشر عاماً يدعو إلى توحيد الله سبحانه وتعالى ، وذلك لعلمه بأهمية هذا الركن العظيم من أركان الإيمان والذى لولاه لأصبح الإنسان في حزن وشقاء وبؤس لا يعلمه إلا الله تعالى .

قال تعالى :﴿**فمن يُرد الله أن يهديه يشرح صدره للإسلام ومن يُرد أن يُضله يجعل صدره ضيّقاً حرجاً كأنما يصعد في السماء ، كذلك يجعل الله الرجس على الذين لا يؤمنون**﴾(الانعام :١٢٥) .

٢ - إيقاظ عنصر التقوى في النفس الانسانية :

والتقوى هي أن يقي الإنسان نفسه من غضب الله وعذابه وذلك بالابتعاد عن ارتكاب المعاصي والالتزام بمنهج الله تعالى الذي رسمه لنا القرآن الكريم وبينه لنا المصطفى ﷺ فنعمل ما أمرنا الله تعالى به ونبتعد عمّا نهانا الله عنه .

ويتضمن مفهوم التقوى تحكم الإنسان في دوافعه وانفعالاته وسيطرته على ميوله وأهوائه فيقوم بإشباع دوافعه في الحدود التي يسمح الشرع بها فقط ، ولا يتضمن مفهوم التقوى كبت الدوافع الفطرية بل يتضمن ضبطها والتحكم فيها ، ويتضمن كذلك أن يتوخى الإنسان دائماً في أفعاله الحق والعدل والأمانة والصدق ، وأن يعامل الناس بالحسنى ويتجنب العدوان والظلم .

كما يتضمن مفهوم التقوى أن يؤدي الإنسان أعماله على أكمل وجه نحو السلوك الأفضل والأكمل ، قال تعالى : ﴿**يا أيها الذين آمنوا اتقوا الله وآمنوا برسوله يؤتكم كفلين من رحمته ويجعل لكم نوراً**

تمشون به ويغفر لكم والله غفور رحيم﴾ (الحديد :٢٨) .

وقال سبحانه أيضاً : **﴿ومن يتق الله يجعل له من أمره يسراً﴾** (الطلاق :٤) .

٣- العلاج النفسي بالعبادات :

إن أداء العبادات التي أمرنا الله سبحانه وتعالى بها من شأنها أن تطهر النفس الإنسانية وتزكيها وتقويها ، ومعرفة أن العبادات تكفر الذنوب أمرٌ مهم جداً وذلك حتى لا ينقطع الإنسان من رحمة الله سبحانه وتعالى وحتى يبعث في نفسه الرغبة في الفوز وتحقيق مرضاة الله عز وجل .

ومن العبادات المهمة في الدين الإسلامي هي :

أ - الصلاة :

الصلاة هي صلة الإنسان بينه وبين ربه ، وفي الصلاة الخشوع والتضرع والأمن النفسي والشعور بالصفاء الروحي والاطمئنان القلبي ، وفي الصلاة الاسترخاء والانصراف عن جميع مشاكل الإنسان ، فلا يفكر في شيء سوى خالقه ومدبر أمره ورازقه ومعينه .

ولا شك أن للصلاة تأثيرها البالغ على النفس الإنسانية في تخفيف مدة التوترات العصبية الناشئة عن ضغوط الحياة اليومية .

وقال تعالى :**﴿واستعينوا بالصبر والصلاة﴾** (البقرة :٤٥) .

ب - الصيام :

للصيام فوائد عظيمه كثيرة فهو يقوي الإرادة ، وينمي في الإنسان القدرة على التحكم في شهوات النفس وأهوائها .

قال تعالى :**﴿يا أيها الذين آمنوا كُتب عليكم الصيام كما كُتب على الذين من قبلكم لعلكم تتقون﴾** (البقرة :١٨٣) .

أي لعلكم تبتعدون عن المعاصي وتتقون ربكم ، فهو يكسر الشهوة ويُضعفها ، ويحافظ على هدوء الإنسان واتزانه .

وفي الصيام تدريب الإنسان على تحمل الحرمان والصبر ومشاركة إخوانه الفقراء والمساكين من الجوعى والعطشى في هذا الشعور ، ويدفعه ذلك إلى العطف عليهم ومد يد العون والإحسان لهم ، وبذلك تزداد صلته بالناس ، ويقوى على شعور الانتماء إلى الجماعة ، ويزداد شعوره

بالمسؤولية الاجتماعية ، ويزداد ميله إلى الناس ، ويبعث ذلك في نفسه الشعور بالرضا وراحة النفس .

جـ - العلاج بالحج والعمرة :

وللحج فوائد نفسية عظيمة ، فزيارة المسجد الحرام وزيارة المسجد النبوي تمد المسلم بطاقة روحية إيمانية عظيمة الشأن ، بل تزيل عنه كروب الحياة وهمومها وتغمره بشعور عظيم من الأمن والطمأنينة والسعادة ، وفي الحج تدريب للإنسان على الصبر وتحمل المشاق وعلى التواضع وحب الناس .

وفي الحج يتساوى جميع الناس الغني والفقير ، السيد والمسود ، الحاكم والمحكوم ، وبهذا تقوى الروابط بين الناس وتزول الفوارق .

وفي الحج تدريب للإنسان على ضبط النفس والتحكم في شهواتها واندفاعاتها ، وفي الحج يبتعد الإنسان عن الجدل والخصام والشحناء والسباب وعن جميع ما نهى الله عز وجل عنه .

قال تعالى :**﴿الحج أشهر معلومات فمن فرض فيهن الحج فلا رفث ولا فسوق ولا جدال في الحج وما تفعلوا من خير يعلمه الله وتزودوا فإن خير الزاد التقوى واتقون يا أولي الألباب﴾** (البقرة :١٩٧) .

د - العلاج بالدعاء والأذكار :

إن ذكر الله ودعائه واستغفاره يقرب الإنسان إلى ربه ومعبوده ، ويشعر الإنسان أنه في حماية ربه ورعايته ويقوى فيه الأمل في المغفرة ، ويبعث في نفسه الشعور بالرضا وراحة البال وينزل عليه السكينة والطمأنينة .

قال تعالى :**﴿الذين آمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله ألا بذكر الله تطمئن القلوب﴾** (الرعد :٢٨) .

وقال النبي ﷺ :«**لا يقعد قوم يذكرون الله إلا حفتهم الملائكة ، وغشيتهم الرحمة ، ونزلت عليهم السكينة ، وذكرهم الله فيمن عنده**»(أخرجه الشيخان) .

ومن الأذكار تسلح المؤمن بأذكار الصباح والمساء ، وهي كثيرة فيأخذ المسلم بعضاً منها ، ويحافظ ويداوم على قراءتها ، حتى يحفظه الله تبارك وتعالى من شر نفسه ومن شر عباده .

مثال ذلك قول النبي ﷺ في دعاء الصباح والمساء«**بسم الله الذي لا يضر مع**

اسمه شيء في الأرض ولا في السماء وهو السميع العليم» فمن قال هذه الكلمات اليسيرة فقد حفظ نفسه في هذه الليلة من شر كل شيء يمكن أن يؤذيه .

القسم الثاني : مايقوم به المعالج تجاه المريض :

يعتمد دور المعالج تجاه المريض على محورين :

المحور الأول : تعليمه الخصال الضرورية ليحيا حياة سعيدة .

والمحور الثاني : العلاج بالرقية الشرعية ، ومن بين جوانب المحور الأول على سبيل المثال :

١ - الاعتماد على النفس :

وتعود المريض على الاعتماد على نفسه أمر مهم وضروري حتى يستطيع مقاومة أهوائه وعدم الاستسلام لها والرضوخ لسيطرتها فلابد للمعالج أن يحرص دائماً على تعويد مرضاه على الاعتماد على أنفسهم وتولي شؤونهم بأنفسهم وعدم الاتكال على غيرهم في قضاء حوائجهم .

وكان المصطفى ﷺ يحث أصحابه على الاعتماد على النفس في الكسب والرزق وينهاهم عن سؤال الناس ، فعن أبى هريرة رضى الله عنه قال : قال رسول الله ﷺ :«**والذى نفسي بيده لأن يأخذ أحدكم حبله فيحتطب على ظهره خير له من أن يأتي رجلاً ليسأله أعطاه أو منعه**» أخرجه الشيخان والترمذي والنسائي .

٢ - الثقة بالنفس :

ودور الثقة بالنفس مكمل لدور الاعتماد على النفس وكلاهما مكمل للآخر ، فالثقة بالنفس تعطي المريض طاقة للاعتزاز بالنفس ، وتدفعه إلى الشجاعة في إبداء الرأي والتعبير عن أفكاره ومشاعره دون خشية من الناس .

٣ - الشعور بالمسؤولية :

إن الفرد بالنسبة للمجتمع كالخلية بالنسبة للبدن ، فالبدن لا يصح ويقوى إلا إذا صحت جميع أعضائه ، وكذلك القول في المجتمع فلا يصح ، ولا يقوى حتى تترابط أواصر المحبة والتعاون بين أفراده .

ومن الصفات المهمة للشخصية السوية شعور الفرد بالمسؤولية في شتى صورها ، سواء كانت المسؤولية تجاه أسرته أم كانت نحو مجتمعه بصورة

عامة . إن الشخص السوي يميل دائماً إلى مساعدة الآخرين وتقديم يد العون إليهم ، وكان «الفرد أدلر» Alfred Adler المحلل النفسي يهتم في علاجه للمرضى بأنه يوجههم إلى الاهتمام بالناس الآخرين ومحاولة مساعدتهم وقال في هذا الصدد :«وأبتغي من وراء هذا كله أن أحول اهتمام مرضاي إلى الغير ، فمتى اندمج المريض في جماعة وأصبح مع أفرادها على قدم المساواة يعاونهم فقد برئ ، وعندي أن أهم ما أوصى به الدين هو حب الجار ومعاونته ، والشخص الذي يحجم عن معاونة غيره خليق بأن تنصب عليه المتاعب والمشكلات»(١٢) .

٤ - القناعة والرضا بالقضاء والقدر :

إن أهم عوامل راحة الإنسان وسعادته قناعته بما قضاه الله وقدره عليه ، سواءً كان رزقاً أم صحة أم أي شيء يتعلق به .

وإن عدم رضاه لاشك بأنه سوف يؤدي إلى سخطه وتبرمه ، وسوف يسبب له ذلك التعاسة والشقاء ، مع العلم بأن عدم رضاه لايغير من الواقع شيئاً ، فالأفضل له حتى من الناحية العقلية التسليم والقبول بالأمر الواقع في هذا الشأن ، وكان الرسول ﷺ يوصي أصحابه بعدم النظر إلى من هم أفضل منهم لأن ذلك يؤدي إلى السخط وعدم القبول ، وكان يوصيهم بالنظر إلى من هم أقل منهم ، فذلك أدعى إلى الشعور بنعم الله تعالى عليهم وأدعى إلى حمدهم لخالقهم وشكرهم إياه . قال المصطفى ﷺ : **«انظروا إلى من هو أسفل منكم ولا تنظروا إلى من هو فوقكم فهو أجدر ألا تزدروا نعمة الله عليكم»**أخرجه الشيخان والترمذي .

٥ - الصبر :

من المؤشرات المهمة للسعادة النفسية قدرة الفرد على تحمل المشاق والصمود في مواجهة الشدائد والأزمات ، والصبر على كوارث الدهر ومصائبه فلا يضعف أمامها ولا ينهار ولا يتملكه اليأس . قال تعالى ﴿**يا أيها الذين آمنوا استعينوا بالصبر والصلاة إن الله مع الصابرين**﴾ (البقرة :١٥٣) .

وقال عز من قائل : ﴿**لتبلون في أموالكم وأنفسكم ولتسمعون من الذين أوتوا الكتاب من قبلكم من الذين اشركوا أذى كثيراً وإن تصبروا وتتقوا فإن ذلك من عزم الأمور**﴾(آل عمران :١٨٦) .

قال رسول الله صلى الله عليه وسلم :« **ما يصيب المؤمن من وصب ولا نصب ولا سقم ولا حزن حتى الهم يهمه إلا كفّر الله به من سيئاته** » (أخرجه الشيخان) .

٦ - أداء العمل بفاعلية وإتقان :

إن الشخص المؤمن شخص سوي نشيط يؤدي عمله بحيوية وإتقان ، ولهذا ينبغي على المعالج أن يوجه مرضاه إلى هذا الأمر ، ويحثهم عليه ، لأن دين الإسلام دين عمل وجد وإتقان وينهى عن الخمول والكسل ، قال تعالى : ﴿**فإذا قضيت الصلاة فانتشروا في الأرض وابتغوا من فضل الله**﴾ (الجمعة :١٠) ، وقال المصطفى ﷺ :«**إن قامت الساعة وبيد أحدكم فسيلة فإن استطاع أن لا يقوم حتى يغرسها فليفعل**» (حديث صحيح أخرجه أحمد وغيره) .

المحور الثاني :العلاج بالرقية الشرعية :

ويقصد بالرقية الشرعية : تلاوة آيات من القرآن الكريم وأدعية من السنة النبوية الشريفة على بدن المريض مع الدعاء لله سبحانه وتعالى بنية كشف المرض وزواله عن المريض .

قال تعالى :﴿**وننزل من القرآن ما هو شفاءُ ورحمة للمؤمنين**﴾ (الإسراء :٨٢) وقال عز وجل من قائل :﴿**يا أيها الناس قد جاءكم موعظة من ربكم وشفاء لما في الصدور وهدى ورحمة للمؤمنين**﴾ (يونس :٥٧) .

وقال عز وجل :﴿**قل هو للذين آمنوا هدًى وشفاء**﴾ (فصلت :٤٤) .

ويقول شيخ الإسلام ابن تيمية في أثر القرآن في شفاء النفس من أمراضها : «والقرآن شفاء لما في الصدور ، ومن في قلبه أمراض الشبهات والشهوات ، ففيه من البينات ما يزيل الحق من الباطل ، فيزيل أمراض الشبهة ، وفيه من الحكمة والموعظة الحسنة بالترغيب والترهيب والقصص التي فيها عبرة ما يوجب صلاح القلب ، فيرغب القلب فيما ينفعه ، ويرغب عما يضره ، فيبقى القلب محباً للرشاد مبغضاً للغي ، بعد أن كان مريداً للغي مبغضاً للرشاد ، فالقرآن مزيل للأمراض الموجبة للإرادات الفاسدة حتى يصلح القلب فتصلح إرادته ، ويعود إلى فطرته التي فطر عليها ، كما يعود البدن إلى الحال الطبيعي ، ويتغذى

القلب من الإيمان والقرآن بما يزكيه ويؤيده ، كما يتغذى البدن بما ينميه ويقويه فإن زكاة القلب مثل نماء البدن» .

الفرق بين الشعوذة وبين الرقية الشرعية بالقرآن الكريم والسنة النبوية :

أرى لزاماً عليّ أن أبين الفرق بين المشعوذين الدجالين وبين أسلوب الرقية الشرعية ، وذلك حتى لا يكون هناك تداخل فيما بينهما فلاشك أن هناك فرقاً كبيراً بين الاثنين ، ولا نقصد بالمقارنة بينهما تماثل او تطابق الاثنين فلا شك أن هذا من الظلم البين للقرآن الكريم ،وحتى نبين ملامح العمل الشعوذي والأسلوب الدجلي المستخدم - للأسف الشديد - على نطاق واسع اليوم في العالم - لا سيما العالم الإسلامي .

١- إن الشعوذة والدجل لا يستخدم فيها القرآن الكريم إلا من باب التلبيس على الناس حتى يصبغوا أنفسهم بالصبغة الشرعية ،ويحصلوا على ثقة الناس ، وهم لا يستخدمون القرآن الكريم إطلاقاً ، بينما الرقاة الشرعيون فهم لا يتعدون القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة في القراءة على الناس .

٢ - غالباً ما يستخدم المشعوذ كلمات غير مفهومة ، ويحيط بها الغموض والتعمية . أما الرقاة الشرعيون فإن كلامهم واضح تماماً فليس فيه أي لبس أو غموض لأنهم يقرؤون القرآن والأذكار ولا شيء غيرها .

٣ - كثيرا ما يطلب ويأمر المشعوذ من المريض طلبات غير منطقية كسؤاله عن اسم أمه ، ويأمره بإحضار حيوانات معينة ولها ألوان معينة أو ترك بعض ملابسه ، وذلك بغية إتمام عمله السحري الخبيث ، أما أصحاب الرقية الشرعيون فليس عندهم هذا الأمر إطلاقاً ، فلا طلبات ولا أوامر سوى التوبة الصادقة مع ربهم .

٤ - كثيرا ما يطلب المشعوذ من المريض وذويه الاستسلام والرضوخ لمطالبه وعدم فعل أي شيء ، بينما الأمر يختلف عند أصحاب الرقية الشرعيين فتراهم يوضحون ، ويبينون للمريض وذويه طريقة العلاج ، وليس هناك أي غموض في الطريقة فليس هي إلا عبارة عن آيات تتلى وأحاديث وأذكار تقرأ فقط .

٥ - كثيرا ما يدعي المشعوذ أنه بيده العلاج وحده ويعلق أمر الشفاء به وحده ، وأنه لا يمكن العلاج إلا عن طريقه وبعمله السحري ، أما عند أصحاب الرقية الشرعيين فإنهم يعلقون الأمر بيد الله وحده لا شريك له ويؤكدون بأنهم ما هم إلا سبب من الأسباب أما الشافي فهو الله عز وجل .

٦ - ابتزاز أموال الناس من جانب المشعوذين والدجالين من خلال نشر الخرافات حولهم وحول طريقتهم في العلاج ، ويسطرون حولها القصص والخرافات للدعاية لهم وترويج بضاعتهم الفاسدة ، أما عن الرقاة الشرعيين فهم لا يطلبون من المرضى أي شيء ، لا مال ولا جاه ولا صدقة ولا أي شيء .

نرجو من خلال هذه المقارنة اليسيرة أن نكون قد أوضحنا عمل المشعوذين والسحرة الأفاكين ، وإلا فلدي الكثير من القصص والروايات حول أعمالهم المشينة التي لا يتسع المجال لذكرها .

خبرات المعالجين بالقرآن الكريم مع الحالات الكويتية لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة :

هدف الدراسة :

تكمن أهداف الدراسة ، على النحو التالي :

١ - التعرف على خبرات المعالجين بالقرآن الكريم على الطريقة المثلى لعلاج اضطرابات الضغوط التالية للصدمة .

٢ - هل العلاج بالقرآن الكريم يصلح الأمراض النفسية بصفة عامة؟

٣ - هل هناك أمراض نفسية لا دخل للقرآن الكريم بعلاجها؟ .

٤ - هل القرآن الكريم قادرٌ على شفاء جميع الناس؟

٥ - هل هناك علاقة بين الأمراض النفسية وبين الإصابة بالسحر والجن والعين؟

٦ - هل تختلف العلاقة مع الله سبحانه في زيادة الأمراض النفسية أو في قلتها عند الشخص المريض؟

٧ - هل هناك شروط للمعالج بالقرآن الكريم؟

٨ - هل هناك أمراض نفسية قد فشل

المعالجون لها بالطريقة الشرعية؟ وما هي أسباب الفشل إن وجدت؟

٩ - هل معرفة علم النفس الحديث تساعد المعالج بالقرآن الكريم تجاه مرضاه؟

أهمية الدراسة :

مما لا شك فيه ولا خلاف بين الناس أن العدوان العراقي على دولة الكويت عام ١٩٩٠ م قد أثر تأثيراً بالغاً على الذات الكويتية ، سواء كانت من الناحية النفسية أم من غيرها من النواحي (الناحية الاجتماعية- الدينية - الاقتصادية - البيئية) أوغير ذلك . . ولهذا فقد حظيت المتغيرات النفسية باهتمام الباحثين على وجه العموم ، سواء كانوا داخل الكويت أم خارجها .

ومن هنا جاءت أهمية هذه الدراسة فهي تكشف الدور الديني الإسلامي العظيم في علاج من تأثر بهذا العدوان الغاشم على دولة الكويت .

الدراسات السابقة :

في الحقيقة ان الدراسات التي تكلمت عن دور القرآن الكريم في العلاج أو دور الدين الإسلامي في علاج الأمراض النفسية كثيرة ومتنوعة ، ولاتتسع هذه الورقات لذكرها ، لكن على حد علمي لم أسمع بوجود دراسة تكلمت عن خبرات المعالجين بالقرآن الكريم مع الحالات الكويتية لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة .

طريقة البحث :

أ- العينة :

تكونت عينات الدراسة من عشرة قراء فقط ، جميعهم من الكويتيين وجميعهم من الذكور أيضاً .

وقد اختلفوا في العمر فأعمارهم تتراوح ما بين ٢٩ - ٥٠ عاماً ، واختلفوا أيضا في العمل ، فبعضهم موظف ، وبعضهم طالب ، وبعضهم تاجر وبعضهم أعمال حرة ، واختلفوا أيضا في منطقة السكن فهم تقريباً يشملون محافظات الكويت الخمس .

وبالنسبة للحالة التعليمية فبعضهم يحمل التعليم الجامعي ، وبعضهم الثانوي ، والأغلب جامعي فأعلى ، واختلفوا أيضا في بداية استخدامهم لأسلوب العلاج بالقرآن الكريم ففي حين تمتد خبرة بعضهم إلى أكثر من ١٠

سنوات ،وهناك من لا تتعدى خبرته أكثر من ٤ أشهر فقط .

ب - الأداة أو المقاييس :

أولاً : المقياس : استخدمت في هذه الدراسة أداة من وضعي وتصميمي وقد عرضت على عدد من الأخوة الدكاترة الأفاضل وقد حازت على إعجابهم ورضاهم .

وهي تحتوي على ٢٢ بنداً تتعلق بمواضيع العلاج بالقرآن الكريم وعلاقة علم النفس الحديث بالعلاج بالقرآن الكريم وغير ذلك من المواضيع المهمة .

ثانياً : صحيفة البيانات الاجتماعية والمعلومات المهمة حول المعالج :

١- النوع (ذكر - أنثى) .
٢- السن .
٣- المستوى التعليمي .
٤- المهنة الحالية .
٥- السكن .
٦- بداية تاريخ استخدام أسلوب العلاج بالقرآن الكريم .

تطبيق الأدوات :

نظراً للعدد الضئيل من القراء المستخدمين لأسلوب العلاج بالقرآن الكريم فلم أجد صعوبات تذكر ، فقد تم توزيع الأدوات وإلقاء التعليمات على الأخوة الأفاضل والتأكيد من ملء البيانات ومتابعة الإجابات دون أدنى تدخل مني ، وقد تم تطبيق الأداة في شهر ١٢ من عام ١٩٩٦م من بداية الشهر إلى نهايته .

الإستنتاجات :

١- نلاحظ اتفاق جميع القراء على أن العلاج بالقرآن الكريم هو أفضل طريقة لعلاج الأمراض النفسية بطبيعة عامة ،وهذا يؤكد على دور القرآن الكريم ، وما يلعبه في حياة الفرد من أهمية عظمى .

٢- نلاحظ الاختلاف في النسب حول «هل القرآن الكريم يعد المصدر الوحيد لعلاج الأمراض النفسية بصفة عامة» فالأغلبية يرون عدم ذلك ونسبتهم تشكل ٥٠٪ بينما أصحاب الرأي الآخر يرون أن القرآن ينجح أحياناً في القضاء على جميع الأعراض النفسية ولهذا عبروا في خانة «أحياناً» ونسبتهم تشكل ٤٠٪ ، أما ١٠٪ فقط الذين يرون أن القرآن هو المصدر

الوحيد لعلاج الأمراض النفسية بصفة عامة .

٣- ونلاحظ أيضا أن البند الرابع وهو «هل هناك أمراض نسبية لا دخل للقرآن الكريم في علاجها» فالأغلبية أجابوا «بموافق» ونسبتهم تشكل ٥٠٪ وهذا لا شك يؤكد دور القرآن في معالجة الاضطرابات النفسية بصفة عامة .

٤- إن دور القرآن لا يقتصر على العلاج بل يهتم أيضا بالوقاية وهذا ما أكده البند السابع وكانت تشكل الأغلبية نسبة ٧٠٪ .

٥- يبين البند الثاني بوضوح أن هناك شروطاً لابد من توفرها في المعالج كالإخلاص والتوكل . . . . إلخ وكانت نسبة هذه الأغلبية ٨٠٪ .

٦- نلاحظ في البند العاشر أن ضعف الإيمان والمقصود عدم الالتزام بأمور الشرع ظاهراً وباطناً يؤدي بلا شك إلى القلق النفسي ، وهذا القلق يتسبب في ترك قراءة القرآن وكانت الأغلبية عند الإجابة على هذا البند تشكل ٩٠٪ وهناك ١٠٪ أجابوا «أحيانا» .

٧- في البند الحادي عشر وهو ازدياد حدة الأمراض النفسية بعد العدوان العراقي على دولة الكويت وكانت الإجابة «بأوافق» تشكل النسبة ١٠٠٪ ، وهذه الإجابة من الإجابات القليلة المتفق عليها في هذا البحث .

٨- اتفق ٦٠٪ على أن للقرآن القدرة على معالجة جميع الآثار السلبية الناجمة عن العدوان العراقي واختلفت الإجابات الأخرى وهي ٣٠٪ على «أحياناً» ، و١٠٪ على «غير موافق» في الإجابة على البند الثاني عشر .

٩- يؤكد البند الخامس عشر على أهمية علم النفس الحديث وكونه يعد علماً مهماً يمكن الإستفادة منه أي استفادة ، وذلك عندما أجاب ٨٠٪ على رفض كون علم النفس الحديث علومه متشابهة ومتداخلة .

١٠- وفي البند السادس عشر يؤكد ما قلناه في البند الخامس عشر حيث أجاب ٨٠٪ على أنه ينبغي للمعالج بالقرآن الكريم الاهتمام بكل أمر من شأنه أن يساعد المريض على اجتياز مرضه ومشكلته .

١١- ونلاحظ في البند الثامن عشر أنه لا يصعب التفريق بين الأمراض النفسية وبين المصابين بالسحر والجن والعين ، وكانت نسبة هذا الرأي ٥٠٪ بينما أجاب ٤٠٪ على «أحياناً» و١٠٪ على «موافق» وهذا يدل على أن التعاون بين رجال الدين الذين يستخدمون أسلوب العلاج بالقرآن الكريم وبين علماء علم النفس أمرٌ ممكنٌ وضروريٌّ وملحٌّ في الوقت ذاته .

في الحقيقة . . . هذا ما تسنى للباحث ذكره من استنتاجات . . . وإلا فهناك نتائج كثيرة يمكن للفرد أن يستنتجها بنفسه ودون كبير عناء أو مشقة .

ملاحظة هامة :

إن الاستبيان السابق ذكره ينقسم إلى قسمين : ما سبق هو القسم الأول أما الثاني فكان عبارة عن أسئلة مقالية قد استفدت منها أيما استفادة في ثنايا هذا البحث لاسيما عند حديثنا عن خبرات المعالجين بالقرآن الكريم لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة .

التوصيات :

أثبتت هذه الدراسة دور القرآن الكريم في معالجة الآثار والاضطرابات النفسية بصفة عامة والاضطرابات الناتجة عن الصدمة بصفة خاصة .

ونظراً للإقبال المتزايد على أسلوب العلاج بالقرآن الكريم أو نظراً للنجاح الباهر لهذا الأسلوب من العلاج . . . نوصي بالآتي :-

١- ضرورة تبني دولة الكويت لهذا الأسلوب من العلاج عبر مؤسساتها المختلفة ، لاسيما مكتبها الفذ -مكتب الإنماء الاجتماعي - لما له من دور بارز ومميز على الساحة المحلية والعربية والدولية .

٢- ضرورة إجراء المزيد من الدراسات العلمية حول العلاج بالقرآن الكريم للاضطرابات النفسية المختلفة ، تشمل جميع الأمراض النفسية ، ووضع العلاج المناسب لها .

٣- نوصي أجهزتنا الإعلامية بالاهتمام ونشر تعاليم ديننا الإسلامي الحنيف ، وما يمثله القرآن الكريم من أهمية خاصة في القضاء على كروب

وضغوط حياتنا اليومية المكتظة بالمشاكل .

٤- نوصي بتدريب الأطباء والمتخصصين في مجال علم النفس على استخدام أسلوب العلاج بالقرآن الكريم ، وكذلك نشر وبث روح التعاون بين الرقاة الشرعيين والأطباء والأخصائيين النفسيين .

وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين .

الهوامش

(١) نقلاً مختصراً من كلمة معالي وزير الديوان الأميري الشيخ ناصر محمد الأحمد الصباح في افتتاحه الحلقة النقاشية الأولى لمكتب الإنماء الاجتماعي .

(٢) انظر القرآن وعلم النفس للدكتور محمد عثمان نجاتي ص٢٦٩ - ٢٧٠ .

(٣) المصدر السابق .

(٤) انظر الإسلام والعلاج النفسي للدكتور عبد الرحمن عيسوي ص٦٥ .

(٥) انظر مجلة علم الفكر - المجلد الثاني والعشرون - العدد الأول - يوليو-أغسطس سبتمبر ١٩٩٣م ، دراسة للدكتور أحمد محمد عبد الخالق : ص١٦٦ .

(٦) المصدر السابق ص١٦٣ .

(٧) المصدر السابق ص١٦٣ .

(٨) المصدر السابق ص ص١٨٦ - ١٨٧ .

(٩) د . سوسن عثمان عبد اللطيف : دراسة : اتجاهات البحث العلمي في اضطرابات الصدمة الناجمة عن العدوان العراقي على دولة الكويت ، المقدمة للحلقة النقاشية السابعة لمكتب الإنماء الاجتماعي ، ص٩٧ .

(١٠) د . لطفي عبد العزيز الشربيني في دراسة : الاتجاهات الحديثة في منظور الطب النفسي للأبحاث حول اضطرابات الضغوط التالية للصدمة - المصدر السابق ص١٨٢ - ١٨٣ .

(١١) انظر الدراسة السابقة للدكتور أحمد عبد الخالق ، ص١٨٧ .

(١٢) انظر القرآن وعلم النفس وكذلك الحديث وعلم النفس كلاهما للدكتور محمد نجاتي - المصدر الأول ص٢٦٥ ، والمصدر الثاني ص٣٠٥ .

(١٣) نقلاً عن الحديث وعلم النفس للمؤلف السابق ص٣٣٢ .

المصادر والمراجع

١- القرآن الكريم .

٢- المعجم المفهرس لألفاظ القرآن الكريم ، وضعه محمد فؤاد عبد الباقي - دار إحياء التراث العربي - بيروت .

٣- المعجم المفهرس لمعاني القرآن العظيم ، محمد بسام رشدي - دار الفكر - دمشق .

٤- زبدة التفسير من فتح القدير - د .محمد سليمان الأشقر - جمعية إحياء التراث الإسلامي - الكويت - مكتبة دار الفيحاء - دمشق .

٥- الحديث النبوي وعلم النفس ، د .محمد عثمان نجاتي - دار الشروق١٩٩٣م .

٦- القرآن وعلم النفس - للمؤلف السابق- دار الشروق١٩٩٣م .

٧- نحو علم نفس إسلامي- د . حسن محمد الشرقاوي - مؤسسة شباب الجامعة- إسكندرية .

٨- فتح الحق المبين في علاج الصرع والسحر والعين- تأليف- (د .عبد الله بن محمد الطيار- سامي بن سلمان المبارك) دار الوطن- ١٤١٥هـ .

٩- القلق لدى الكويتيين بعد العدوان العراقي ، مكتب الإنماء الاجتماعي - إدارة البحوث والدراسات- ١٩٩٥م .

١٠- النفس البشرية - د . سيد عبد الحميد مرسي- مكتبة وهبة- القاهرة -١٩٨٢م .

١١- النفس المطمئنة للمؤلف السابق- مكتبة وهبة- القاهرة-١٩٨٣م .

١٢- الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام-(د .محمد عودة محمد - د . كمال إبراهيم مرسي) دار القلم- الكويت-١٩٩٥م .

١٣- كن مطمئناً - تغلب على القلق-صلاح صالح الراشد- الكويت-١٩٩٥م .

١٤- القلق الإنساني- د . محمد إبراهيم الفيومي- دار الفكر العربي-١٩٨٥م .

١٥- عالم الفكر- المجلد الثاني والعشرون- العدد الأول- يوليو أغسطس سبتمبر ١٩٩٣م .

١٦- النفس المطمئنة : الأعداد التالية :

أ) السنة الثانية : العدد٣٨- إبريل ١٩٩٤م .

ب) السنة الثامنة : العدد ٣٨ - يناير ١١٩٩٤م .

جـ) السنة التاسعة : العدد ٤٣ - يوليو ١٩٩٥م .

د) السنة الحادية عشر : العدد٤٥ - يناير ١٩٩٦م .

عرض النتائج :

النتـــائج التي توصلت إليــهـــا مــصـــحـــوبة بذكــر النسب المئـــوية، وهي كـــالتـــالي:-

م	البيـــــــان	موافق	غير موافق	أحياناً
١	العلاج بالقرآن الكريم أفضل طريقة أراها لعلاج الأمراض النفسية بصفة عامة	١٠٠٪		
٢	العلاج بالقرآن الكريم هو الطريق الوحيد لعلاج جميع الأمراض النفسية	١٠٪	٥٠٪	٤٠٪
٣	للقرآن الكرايم القدرة على شفاء جميع الأمراض النفسية	٧٠٪	١٠٪	٢٠٪
٤	هناك أمراضاً نفسية لادخل للقرآن الكريم في علاجها	١٠٪	٥٠٪	٤٠٪
٥	دور القرآن الكريم لايقصر على العلاج بل يهتم بالوقاية	٧٠٪	٢٠٪	١٠٪
٦	ليس هناك شروط معنية للمعالجة بالقرآن الكريم	١٠٪	٨٠٪	١٠٪
٧	يجب ألا يقوم بالعلاج بالقرآن الكريم إلامتخصص في العلوم الشرعية	٨٠٪	٢٠٪	
٨	هناك سوروآيات معنةفي القرآن الكريم لديها القدرةعلى شفاءأمراضاًخاصة	٨٠٪		٢٠٪
٩	للقرآن الكريم القدرعلى شفاءالناس حتى ولوكانوا كفاراً	٧٠٪	١٠٪	٢٠٪
١٠	ضعف الإيمان سبب مباشرفي القلق النفسي الذي يؤدي إلى ترك قراءةالقرآن الكريم	٩٠٪		١٠٪
١١	ازدادت حدة الأمراض النفسية بعد العدوان العراقي	١٠٠٪		
١٢	للقرآن الكريم القدرةعلى معالجة جميع الآثارالنفسيةالسلبية الناجمةعن العدوان العرقي	٦٠٪	١٠٪	٣٠٪
١٣	كلماقويت العلاقة بالله عزوجل قلت الأمراض النفسيةوالعكس صحيح	١٠٠٪		
١٤	كثيراً من الأمراض النفسية فشلت في علاجها عن طريق القرآن الكريم		٦٠٪	٤٠٪
١٥	لأهتم بمعرفة الأمراض النفسية لأنها متشابهة ومتداخلة		٨٠٪	٢٠٪
١٦	كل اهتمامي ينصب حول العلاج بالقرآن الكريم ولا ألتفت لأي سبب آخر	١٠٪	٨٠٪	١٠٪
١٧	معرفة علم النفس الحديث يساعدني على معالجة المرضى بالقرآن الكريم	٤٠٪	٣٠٪	٣٠٪
١٨	يصعب التفريق بين المرضي النفسيين والمصابين بالسحر والجن والعين	١٠٪	٥٠٪	٤٠٪
١٩	كل مريض نفسي خلف مرضه شيطان يزيد من شقائه	٢٠٪	٢٠٪	٦٠٪
٢٠	ليس هناك أي علاقة بين المرض النفسي والسحروالجن والعين	٧٠٪		٣٠٪
٢١	كثيراًمن الحالات التي أعالجهابالقرآن الكريم لاترج إلى مرة أخرى		١٠٪	٩٠٪
٢٢	لعلاج بالقرآن الكريم يغني عن جميع طرق العلاج الأخرى	١٠٪	٥٠٪	٤٠٪



الجلسة الختامية

الجلســة الختاميــة

الحلقة النقاشية الثامنة

اضطرابات الضغوط التالية للصدمة

والخبرة الكويتية في التشخيص والعلاج

بسم الله الرحمن الرحيم

السادة الأفاضل ، أيها الجمهور العلمي الكريم ، بحمد الله وتوفيقه تختتم الحلقة النقاشية الثامنة أعمالها ، فقد كان لقاءً مثمراً بناءً ودفعة علمية في مسيرة البحث العلمي والنفسي والاجتماعي في مكتب الإنماء الاجتماعي ، وعلامة بارزة على تطوير الجهود المبذولة في تقديم خدمة نفسية وإرشادية متميزة ، ولا يسعنا إلا أن نتوجه بجزيل الشكر ووافر التقدير لمشاركينا على ما قدموه من عون ، ونخص بالذكر كل من شارك بفكره وخبرته بملتقانا هذا . فقد كان لخبرتهم واهتمامهم الأثر الفعال في إثراء فعاليات الحلقة ، وتحقيق الأهداف المرجوة منها على النحو المرجو والمنشود ، ونتطلع إلى استمرار عطائكم وتعاونكم مع المكتب في نشاطاته العلمية المختلفة مستقبلاً ، كما يسر مكتب الإنماء الاجتماعي أن يؤكد استعداده لبذل كل الجهود وتوفير كل الإمكانات للتعاون والتنسيق مع الجهات والهيئات والمؤسسات الرسمية والأهلية في دولة الكويت ذات الاهتمام المشترك وذات الأهداف المشتركة ، والتعاون معها فيما أسفر عنه هذا اللقاء من توصيات ووضعها موضع التنفيذ من توجيه

وتطوير نظم الإرشاد والعلاج النفسي ، وفي إقامة نظام تدريبي وتعليمي متكامل لإزالة أو علاج الاضطرابات والأذى الذي ألحقه العدو الغاشم بالذات الكويتية ، ويشرفنا أن نرفع إلى مقام صاحب السمو أمير البلاد المفدى وولي عهده الأمين أسمى آيات التقدير لما تقوم به الدولة من مساندة ودعم ومساعدة لبرامج مكتب الإنماء الاجتماعي داعين الله العلي القدير أن يكلل جهودنا بالتوفيق وأن يرحم شهداءنا الأبرار ويفك قيد أسرانا وأن يردهم إلينا سالمين ، والله المستعان إنه نعم المولى ونعم النصير ، وفقكم الله وسدد خطاكم .

والله ولي التوفيق ، ، ،

التوصيات

تأسيساً على نتائج البحوث والدراسات المقدمة للحلقة النقاشية وما أسفرت عنه الأوراق والآراء والأفكار والمناقشات التي طرحت أثناء جلسات الحلقة يوصي المشاركون في هذه الحلقة النقاشية بما يلي :-

أولاً : توصيات مرتبطة بالتأهيل الإسلامي للإرشاد والعلاج النفسي للاضطرابات والضغوط التالية للصدمة :

أ- التوصية بأهمية انفتاح المرشد والمعالج النفسي المسلم على جميع نظريات الإرشاد والعلاج النفسي الأجنبية واستجابته لها مما يجعله قادراً على تمحيصها وغربلتها وانتقاء ما يتفق مع ثقافته الإسلامية ، وانتقاء الاستراتيجيات والآليات التي تناسب حاجات المسترشدين ، وتسهم في تزكية نفوسهم ووقايتهم من الانحراف دون التقيد بنظرية معينة .

ب :إن المرشد أو المعالج الذي يعمل في مجال علاج اضطرابات الصدمات والتالية للصدمات يجب أن يتلقى برنامجاً مستقلاً في فلسفة التعامل مع الصدمات من منظور إسلامي ، وهذا المضمون الذي نجده في مواضع كثيرة مثل المصيبة في الإسلام والعلاج الإلهي والعلاج النبوي لأصحاب المصائب ومفهوم الإيمان بالقضاء والقدر وعلاقته بالإيمان والصحة النفسية .

جـ : العمل على أن يحرص المرشد أو المعالج في مجال الإرشاد الزواجي والعلاج الأسري ، أن يدخل في البرنامج الذي يعده ، مقررات في فقه الأسرة وقوانين الأحوال الشخصية المعمول بها في المجتمع الكويتي .

ثانياً : توصيات تتعلق بأهم طرق التشخيص وأساليب العلاج لحالات اضطرابات الضغوط من واقع الخبرة الكويتية :

أ- التأكيد على أن العلاج السلوكي يعتبر من أكثر أنواع العلاج النفسي كفاءة في علاج اضطرابات القلق والمخاوف والوساوس حيث أجريت دراسات عديدة عن كشف كفاءة هذا الأسلوب حيث وانتهت جميعها إلى أنه أفضل من العلاج التحليلي والعلاج المتمركز حول العميل والعلاج النفسي الجمعي .

ب- : إعطاء الأولويات لإجراءات الوقاية النفسية والتأهيل النفسي للاضطراب والضغوط للتقليل منها قدر الإمكان قبل وقوع الأزمات وذلك من خلال المؤسسات التي تقوم بهذه الخبرة .

ثالثاً :توصيات ومقترحات عامة :


أ- ضرورة تشجيع العاملين في مجال الإرشاد النفسي على وضع تصور أو برنامج عمل في استخدام الإرشاد النفسي بالمجتمع المسلم .

ب- الاهتمام بالجانب العملي في البحوث والدراسات واستكمالها في نفس الاتجاه والاهتمام ببرامج الإرشاد النفسي .

جـ- العمل على إيجاد صياغة جديدة للشخصية الكويتية بعد العدوان وما خلفه من آثار وخبرات مستفادة .

وفي الختام ، نشير إلى إمكانية إضافة مزيد من التوصيات من واقع نتائج البحوث والنقاشات المختلفة ، جزاكم الله خيراً ، وبارك الله فيكم ، والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته .

والله ولي التوفيق



STATE OF KUWAIT
AMIRI DIWAN
SOCIAL DEVELOPMENT OFFICE
SEMINAR VIII
TOGETHER.. WE PROSPER